



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

SVDE ASDD

Nutri Info

2/2025

März / Mars / Marzo



Onkologie
Oncologie
Oncologia

Von
onkologischen
Patient:innen
getestet
und für gut
befunden.^{1,2}

IHRE WORTE HABEN VIEL GEWICHT

IMMER WIEDER STARKMACHER
FÜR IHRE PATIENT:INNEN

Bis zu 70 % der Krebspatienten
erleben Veränderungen im
Geschmacks- & Geruchsempfinden³

FORTIMEL FORTICARE 2.4 kcal

DIE ERSTE PROTEINREICHE KOMPACTE TRINKNAHRUNG
MIT OMEGA-3 SPEZIELL FÜR ONKOLOGISCHE PATIENTEN



- MIT OMEGA-3-FETTSÄUREN: 1,1 g EPA* + 0,7 g DHA*
- PROTEINREICH & HOCHKALORISCH: 18 g Protein & 306 kcal
- MIT ERHÖHTEM VITAMIN-D-GEHALT: 9,8 µg

SENSATIONS: Unsere innovativen Sorten speziell
für Patienten mit Geschmacksveränderungen

 Kühlende Waldfrucht  Kühlender Pfirsich-Mango

VERORDNUNGSFÄHIG

INFORMATIONS EN FRANÇAIS :



nutricia.cc/ch-fr-med-forticare

NUTRICIA
Fortimel
KRAFT FÜR DICH
nutricia.cc/ch-med-forticare

* EPA = Eicosapentensäure; DHA = Docosahexaensäure 1 de Haan JJ, et al. Support Care Cancer. 2021;29:5691-9.
2 Daly et al. 2022 Supportive Care in Cancer, 30 (SUPPL 1):S83. 3 Spotten et al: 2017 Subjective and objective taste
and smell changes in cancer. Annals of Oncology 28: 969-984, 2017



SVDE ASDD

Generalversammlung und Jahrestagung, Freitag, 4. April, Aarau

Nutzt die Gelegenheit für einen regen Austausch mit anderen Ernährungsberater/innen und erlebt ein lohnendes Rahmenprogramm.

Korrigendum

In der letzten Ausgabe des SVDE-NutriInfo auf S. 24–26 wurde ein Interview mit Matthias Gerber von der Agentur BOLD mit Yasmin Matthys, BLV, abgedruckt. Dieses Interview wurde ursprünglich von Esther Infanger für die Ausgabe 01-2025 von «tabula» der SGE erstellt. Wir bedanken uns bei der SGE für die freundliche Genehmigung des Abdrucks.

Assemblée générale et congrès annuel, vendredi 4 avril, Aarau

Profitez de l'occasion pour un échange animé avec d'autres diététicien-ne-s et vivez un programme-cadre enrichissant.

Corrigendum

Dans le dernier numéro de NutriInfo de l'ASDD, p. 24–26, une interview de Matthias Gerber de l'agence BOLD a été reproduite avec Yasmin Matthys, BLV. Cette interview a été réalisée à l'origine par Esther Infanger pour le numéro 01-2025 de «tabula» de la SSN. Nous remercions la SSN d'avoir aimablement autorisé sa reproduction.

Assemblea generale e Conferenza annuale, venerdì 4 aprile, Aarau

Non perdetevi l'opportunità di partecipare a uno scambio vivace con altri nutrizionisti e di usufruire di un programma di supporto gratificante.

Rettifica

Nell'ultimo numero di SVDE NutriInfo, a pag. 24–26, è stata stampata un'intervista a Matthias Gerber dell'agenzia BOLD con Yasmin Matthys, BLV. Questa intervista è stata originariamente preparata da Esther Infanger per il numero 01-2025 di «tabula» dell'SNN. Ringraziamo la SNN per la gentile concessione della ristampa.

Jetzt anmelden und teilnehmen!
Inscrivez-vous dès maintenant et participez!
Registratevi ora e partecipate!



DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil.....	4
Wort des Präsidenten	25
Aktuelles	27
Kursübersicht.....	36

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	7
Le mot du président	25
Actualité.....	28
Vue d'ensemble des cours	36

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	10
Parola del presidente	25
Attualità	29
Panoramica dei corsi.....	36

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, Regula Kaufmann,
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: 1800

Themen / Sujets / Temi

3/2025 Agilität und New Work im Gesundheitswesen:
Ernährungstherapie im Spital
Agilité et New Work dans le domaine de la santé:
thérapie nutritionnelle à l'hôpital
Agilità e New Work nel settore sanitario:
terapia nutrizionale in ospedale
4/2025 Aus- und Weiterbildung, APD-Positionen
Formation et formation continue. Positions de DPA
Formazione di base e formazione continua.
Posizioni di APD

Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print AG, Baar

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

3/2025: 31. März 2025
4/2025: 04. Juni 2025

Erscheinungsdatum:

3/2025: 12. Mai 2025
4/2025: 17. Juli 2025

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

Geschäftsstelle / Secrétariat / Segretariato

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 / Vicepresidentessa

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

Fabienne Bischof
fabienne.bischof@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Interprofessionalität / Standards de travail: Interprofessionalité / Standard lavorativi: Interprofessionalità: vakant/vacant/vacante

Professionsmarketing / Marketing professionnel / Marketing professionale:

Dominique Rémy
dominique.remy@svde-asdd.ch

Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativi:

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 2813-5881

Schlüsselwörter: NutriInfo (Bern)
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)





Silvia Kurmann, MSc

Ernährungsberaterin SVDE

Diététicienne ASDD

Dietista ASDD

Dozentin Berner Fachhochschule,

Fachbereich Ernährung und Diätetik

Enseignante à la Berner Fachhochschule, domaine

spécialisé Nutrition et diététique

Docente alla Scuola universitaria professionale di

Berna, settore Nutrizione e dietetica

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Ernährungstherapie von Menschen mit Krebs ist ein wichtiger Schwerpunkt im Alltag klinisch arbeitender Ernährungsberater/innen und die Herausforderungen sind vielfältig. In dieser Ausgabe stellt euch die Onkologie-Fachgruppe ausgewählte Themen aus der Onkologie vor.

Wichtige Arbeiten sind in den letzten Jahren in die Erarbeitung des Pocket Guide «Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie» geflossen, welcher auf den Einsatz des Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) für das Screening fokussiert. Im Interview sprechen Pflegeexpertinnen über die Implementierung des PG-SGA am Bürgerspital Solothurn. Der Pocket Guide ist zudem auf dem NutriPoint verfügbar.

Der Einfluss des Mikrobioms auf die Krebsentstehung und die ernährungstherapeutischen Möglichkeiten zur Unterstützung des Mikrobioms während der aktiven Erkrankung sind Bestandteil etlicher Untersuchungen. Interventionen, welche das Mikrobiom beeinflussen, haben sich in der Praxis (noch) nicht etabliert, aber wer weiss, was die Zukunft diesbezüglich bringt.

Alltäglich ist die Thematik der Entscheidungsfindung für eine enterale oder parenterale Ernährung. Gerade im palliativen Setting geht diese über die formale Indikation hinaus. Zentrale Themen sind die Autonomie der Betroffenen und weitere ethische Aspekte, welche im entsprechenden Artikel beleuchtet werden.

Wir wünschen euch eine stimulierende Lektüre.

Chères lectrices, chers lecteurs

La thérapie nutritionnelle des personnes atteintes d'un cancer est une priorité importante dans le quotidien des diététicien-ne-s travaillant en milieu clinique, qui pose de multiples défis. Dans ce numéro, le groupe spécialisé Oncologie vous présente une sélection de sujets ayant trait à l'oncologie.

Ces dernières années, des travaux importants ont été pris en compte pour l'élaboration du guide de poche «Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie», qui traite essentiellement de l'utilisation du questionnaire Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) comme outil de dépistage. Dans l'interview, des expertes en soins infirmiers nous font part de leur expérience liée à la mise en œuvre du PG-SGA au Bürgerspital de Soleure. Le guide de poche est en outre disponible dans NutriPoint.

De nombreuses études ont été réalisées sur l'influence du microbiome sur la genèse du cancer et les possibilités offertes par la thérapie nutritionnelle pour soutenir le microbiome dans la phase active de la maladie. Les interventions qui influencent le microbiome ne se sont pas (encore) établies dans la pratique, mais qui sait ce que réserve l'avenir à ce sujet?

La décision de recourir à une alimentation entérale ou parentérale est une thématique de plus en plus présente au quotidien. Dans le contexte des soins palliatifs précisément, elle va bien au-delà des indications formelles. L'autonomie des personnes concernées et d'autres aspects éthiques doivent être pris en compte dans ce contexte, comme l'explique l'article traitant de ce sujet.

Nous vous souhaitons une lecture stimulante.

Cara lettrice, caro lettore

La terapia nutrizionale delle persone con malattie oncologiche è un aspetto importante dell'attività quotidiana delle dietiste e dei dietisti che lavorano in ambito clinico e comporta varie sfide. In questo numero di NutriInfo il gruppo specializzato Oncologia tratta una serie di aspetti relativi a questo tema.

Negli ultimi anni, diversi lavori importanti sono stati presi in considerazione per elaborare la guida tascabile «Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie» (Screening nutrizionale nell'oncologia ambulatoriale), incentrata sull'uso del Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) per lo screening. Nell'intervista tre esperte in cure infermieristiche raccontano l'implementazione del PG-SGA al Bürgerspital di Soletta. La guida tascabile è disponibile su NutriPoint.

Vari studi analizzano l'influsso del microbioma sull'insorgenza dei tumori e le possibilità offerte dalla terapia nutrizionale per supportare il microbioma in fase di malattia attiva. Gli interventi mirati al microbioma non si sono (ancora) affermati nella pratica clinica, ma la situazione potrebbe cambiare in futuro.

La scelta tra nutrizione enterale o parenterale è all'ordine del giorno. Nel setting delle cure palliative va oltre l'indicazione formale, ed entrano in gioco temi centrali come l'autonomia delle persone interessate e altri aspetti etici di cui vi parliamo nell'articolo dedicato a questo argomento.

Vi auguriamo una buona e stimolante lettura.

OMEGAlife®

AUS DER KRAFT DES MEERES

NEU

OMEGA life® Vegan Liquid
Die pflanzliche Quelle
für essenzielle Omega-3-Fettsäuren



- ✓ Mit Algenöl und Ahiflower®
- ✓ Mit einem angenehmen, natürlichen Mango-Geschmack
- ✓ Über 2'400 mg Omega-3-Fettsäuren pro Tagesdosis
- ✓ Geeignet für Kinder*, Jugendliche, Veganer und Vegetarier
- ✓ Nahrungsergänzungsmittel mit EPA, DHA, Vitamin D und Vitamin E

Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung und eine gesunde Lebensweise.

* Das Öl ist für Kinder oft einfacher einzunehmen als Kapseln. Um einem Mangel vorzubeugen, eignen sich 250 mg Omega-3-Fettsäuren pro Tag.

omega-life.ch



DOETSCH
GRETER

Mangelernährungsscreening in der Onkologie – Erfahrungen aus der Praxis

Das Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) und dessen Kurzform (PG-SGA Short Form) werden international als Referenzmethode in der Onkologie für proaktives Risiko-Screening, Assessment, Monitoring und Interventionstriage genutzt (1–5). Die Lang- sowie die Kurzversion wurden bei ambulanten Krebspatienten validiert (2).



Marlis Bogaert
Fachexpertin Pflege Onkologie
Bürgerspital Solothurn



Maya Stüdli
Pflegeexpertin APN
Solothurner Spitäler AG



Nina Steiner, MSc
Ernährungsberaterin SVDE
Bürgerspital Solothurn

Unter Mitwirkung von:

Sabrina Sager, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Sylvia Huber, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Nicole Blöchliger, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Im Praxisalltag hat sich das PG-SGA Short Form (PG-SGA SF) etabliert (6, 7). Der von der Fachgruppe Onkologie patientenfreundlich angepasste Fragebogen (Abbildung 1), kann durch die Patient/innen selbst ausgefüllt werden, was die Sensibilisierung betreffend das Thema Ernährung fördern soll. Der Einsatz des Screening-Tools wird im Pocket Guide «Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie» (8) detailliert beschrieben.

Das PG-SGA SF zeichnet sich dadurch aus, dass neben dem Gewichtsverlauf und den Essmengen auch spezifische Fragen zur

Nahrungsaufnahme, zu ernährungsbezogenen Symptomen und zum Aktivitäts- sowie zum Funktionsniveau gestellt werden. Dies ermöglicht es, Ernährungsprobleme vielschichtig zu prüfen und rasch Interventionen einzuleiten. Bei einer standardisierten Durchführung kann das Mangelernährungsrisiko so frühzeitig erkannt werden.

Im folgenden Interview werden **Maya Stüdli (MS)**, Pflegeexpertin der Solothurner Spitäler AG, und **Marlis Bogaert (MB)**, Fachexpertin Onkologie am Bürgerspital Solothurn, von Nina Steiner, Ernährungsberaterin am Bürgerspital Solothurn, zur pflegerischen Sicht bezüglich der praktischen Einführung des Patientinnen- und Patientenfragebogens und der Umsetzung im interprofessionellen Team befragt.

Was waren die Beweggründe für die Einführung des PG-SGA SF?

MS: In einer deiner Fortbildungen zu Onkologie und Mangelernährung, Nina, wurde unter anderem das Screening mittels PG-SGA SF erläutert. Danach haben wir drei das Thema aufgenommen und gemeinsam einen Projektplan zur Einführung des PG-SGA erstellt. Von Beginn an haben wir mögliche Chancen und Herausforderungen abgewogen. Zudem haben wir uns überlegt, welche Berufsgruppen involviert werden sollen, und darauf basierend Abläufe und Zuständigkeiten definiert und festgehalten.

MB: Genau, für den Projektplan kam das Fachliche vor allem von deiner Seite, Nina. Wir haben das Organisatorische in unserem Arbeitsalltag und die Umsetzbarkeit eingebracht.

Was hat uns geholfen, das neue Screening erfolgreich zu implementieren?

MB: Durch regelmässige Inputs durch die Ernährungsberatung in der Vergangenheit war der Grundstein gelegt, dass das Screening auf breite Akzeptanz gestossen ist. Die Ernährungsberatung wird von uns als Teil des Behandlungsteams wahrgenommen. Wenn ein solches Projekt interprofessionell auf Augenhöhe läuft, erhöht das zusätzlich die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit. Ein wichtiger Punkt ist auch, dass die Rollen klar verteilt sind, um den Erfolg der Einführung zu erhöhen.

MS: Genau, das interprofessionelle Team ist wichtig. Es war wertvoll, dass wir von der Pflegeabteilung von Beginn an involviert wurden, dies hat uns die Umsetzung erleichtert. Zudem erhielten wir wertvolle administrative IT-Unterstützung. Am Anfang haben wir Erfahrungen von Spitälern miteinbezogen, die das Screening schon durchführen. Zusätzlich finde ich es wichtig, regelmässig im Austausch zu bleiben, um Prozesse fortlaufend zu optimieren, so hat sich die Kerngruppe, bestehend aus Pflege und Ernährungsberatung, regelmässig getroffen und über das Projekt ausgetauscht.

Was würdet ihr zu unserem Prozess sagen – was ist positiv, was hat noch Verbesserungspotenzial?

MB: Wir geben das PG-SGA SF Screening bei Ersttherapie ab. Das ist gut in unsere Abläufe integriert und gibt mir als Pflegefachperson einen ersten Eindruck, um bei Bedarf ohne Zeitverlust erste Massnahmen einzuleiten. Ich finde es trotzdem wichtig, dass wir uns nicht nur aufs Papier abstützen, sondern sensibel sind bezüglich Auffälligkeiten in Zusammenhang mit der Ernährung. Ausserdem finde ich es wichtig, dass bei der Abgabe des Screeningbogens den Patient/innen der Sinn des Screenings erklärt wird. Die Auswertung erfolgt durch die Ernährungsberatung, welche die Patient/innen bei einem positiven Screeningresultat direkt während der nächsten ambulanten Therapie besucht. Bei negativem Screening wird nach 4–8 Wochen, je

Patientendaten
Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Erfassungsdatum

1. Gewicht

Zusammenfassung meines derzeitigen und kürzlichen Gewichts:

Ich wiege derzeit etwa _____ kg.


Ich bin etwa _____ cm gross.

Vor einem Monat habe ich etwa _____ kg gewogen.

Vor sechs Monaten habe ich etwa _____ kg gewogen.

In den vergangenen zwei Wochen hat sich mein Gewicht:

verringert (1) nicht verändert (0) erhöht (0)




3. Symptome

Bei mir traten die folgende Probleme auf, die mich in den vergangenen zwei Wochen davon abgehalten haben, ausreichend zu essen (alles Zutreffende ankreuzen):

<input type="checkbox"/> keine Probleme mit dem Essen (0)	<input type="checkbox"/> Erbrechen (3)
<input type="checkbox"/> kein Appetit, mir war einfach nicht nach Essen (3)	<input type="checkbox"/> Durchfall (3)
<input type="checkbox"/> Übelkeit (1)	<input type="checkbox"/> trockener Mund (1)
<input type="checkbox"/> Verstopfung (1)	<input type="checkbox"/> Gerüche stören mich (1)
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Mund (2)	<input type="checkbox"/> fühle mich schnell satt (1)
<input type="checkbox"/> Dinge schmecken komisch oder haben keinen Geschmack (1)	<input type="checkbox"/> Müdigkeit (1)
<input type="checkbox"/> Probleme mit dem Schlucken (2)	
<input type="checkbox"/> Schmerzen – wo? (3) _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (1)** _____	

**Beispiele: Depression, Geldsorgen oder Zahnprobleme




2. Nahrungsaufnahme

Im Vergleich zu meiner normalen Nahrungsaufnahme würde ich diese im vergangenen Monat wie folgt bewerten:

unverändert (0)
 mehr als gewöhnlich (0)
 weniger als gewöhnlich (1)

Derzeit nehme ich folgende Nahrung auf:


normale Nahrung, aber kleinere Mengen als normal (1)
 kleine Mengen fester Nahrung (2)
 nur Flüssigkost (3)
 nur Trinknahrung/Astronautennahrung (3)
 sehr wenig Nahrung irgendeiner Art (4)
 nur Sondennahrung oder nur künstliche Ernährung über die Vene (parenteral) (5)



4. Aktivitäts- und Funktionsniveau

Mein Aktivitätsniveau in den letzten vier Wochen würde ich allgemein wie folgt bewerten:

normal, ohne Einschränkungen (0)
 nicht wie gewohnt, aber ich war auf den Beinen und konnte Aktivitäten wie üblich nachgehen (1)
 fühlte mich den meisten Dingen nicht gewachsen, aber verbrachte weniger als den halben Tag im Bett oder Sessel (2)
 konnte nur wenig aktiv sein und verbrachte die meiste Zeit des Tages im Bett oder im Sessel (3)
 grösstenteils bettlägerig, nur selten ausserhalb des Bettes (3)



Ich bin einverstanden, dass die Angaben in anonymisierter Form ausgewertet und für statistische Zwecke verwendet werden dürfen.

Punkte:

A copy of the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF), Boxes 1-4 of the PG-SGA (© 2005, 2006, 2015, 2020) used with permission from Faith D. Ottery, MD, PhD, FACP. (faithotterymdphd@gmail.com).

Abbildung 1: PG-SGA SF, patientenfreundlich angepasst durch Fachgruppe Onkologie, 2. Auflage 2022

nach Anzahl Punkten und Verteilung, ein neues Screening durchgeführt. Für die Pflegefachperson ist das umsetzbar. Bei den Re-Screenings haben wir aber immer noch Verbesserungspotenzial. Aber da sind wir mit dir, Nina, im Austausch, um die Abläufe zu evaluieren und optimieren.

MS: Zudem werden Patient/innen mit Kopfhals-, Pankreas- und/oder Magentumoren unabhängig vom Screening angemeldet. Es ergibt Sinn, dass standartmässig eine Fachperson der Ernährungsberatung hinschaut. Den Prozess finde ich so auch sehr stimmig und im Pflegealltag gut integrierbar.

Wo seht ihr Vor- und Nachteile des PG-SGA SF gegenüber dem vorherigen Screening mittels Nutritional Risk Screening (NRS)?

MB: Zuvor haben wir oft im direkten Patient/innengespräch abgeschätzt, ob der

Bedarf für eine Ernährungsberatung vorliegt. Den NRS empfanden viele Pflegenden als nicht praktisch, weshalb er auch nicht regelmässig ausgefüllt wurde. Die Standardisierung des neuen Screenings ist ein Vorteil. Die Ernährungsberatung kann so mögliche Probleme bereits frühzeitig aufgreifen, bevor massivere Schwierigkeiten auftreten. Zudem ist das Screening extrem niedrigschwellig und schafft Vertrauen bei den Patient/innen, indem sie merken, dass die Ernährungsprobleme wahrgenommen werden. Durch dieses Vorgehen werden Vorurteile reduziert, da Patient/-innen bereits früh einen Bezug zur Ernährungsberatung haben.

MS: Beim PG-SGA SF ist der Vorteil, dass es für unsere onkologischen Patient/innen validiert ist. Ich empfinde das Screening als sensibles Tool zur Erfassung der Mangelernährung. Die Patient/innen, die schon

bei Diagnosestellung kachektisch sind, wurden bis jetzt nicht übersehen. Bei einem schleichenden Gewichtsverlust hat man zum Teil erst viel später bemerkt, dass ein Problem vorliegt. Positiv ist, dass die Patient/innen das PG-SGA SF selbst ausfüllen können. Es soll ihnen so die Wichtigkeit der Ernährung bei einer onkologischen Erkrankung aufzeigen. Natürlich muss berücksichtigt werden, dass das Ausfüllen eines solchen Fragebogens für gewisse Patient/innen herausfordernd sein kann.

MB: Ja, das gibt es manchmal. Für fremdsprachige Patient/innen haben wir zum Beispiel französische, englische oder italienische Screeningbögen. Bei Bedarf unterstütze ich die Patient/innen beim Ausfüllen, weil der Aufwand wirklich gering ist. Das ist dann in zwei Minuten gemacht.

Was zieht ihr als Pflegefachperson aus dem Screening heraus?

MS: Ich finde interessant, dass Symptome wie Übelkeit, Verstopfung oder Schmerzen im Mund erhoben werden können. Es ermöglicht uns, auch von pflegerischer Seite gezielter zu reagieren. Die Patient/innen können uns gegenüber nicht alles ansprechen oder kommen bei bestimmten Symptomen nicht auf die Idee, das im Gespräch zu erwähnen.

MB: Ja, dem stimme ich zu. Es hilft der Pflegefachperson, sich ein Gesamtbild zum/ zur Patient/in zu machen.

Den Umgang mit dem Symptommanagement haben wir mehrmals besprochen.

Möchtet ihr unser Vorgehen diesbezüglich erläutern?

MB: Das Screening ist sehr sensibel. Es zeigt auch einen Beratungsbedarf an, der vielleicht nicht ausschliesslich der Ernährung geschuldet ist. Hiermit meine ich beispielsweise Müdigkeit, weniger Bewegung oder Schmerzen. Anfangs seid ihr auch bei diesen Patient/innen immer vorbeigekommen. Nun haben wir den Prozess so überarbeitet, dass wir uns in diesen Fällen absprechen, ob die Ernährungsberatung oder die Pflege die Beratung zu den jeweiligen Symptomen macht.

Ich danke euch! Das war meine letzte Frage. Habt ihr noch etwas zum Ergänzen?

MB: Ich möchte nochmals die Einfachheit und Effizienz der Umsetzung betonen und wie sehr das Screening auch der Pflege helfen kann. Wenn mir der Mehrwert des Screenings klar ist, beispielsweise um eine Mangelernährung noch früher erkennen zu können, dann hilft mir das auch in meinem Arbeitsalltag. Ich sehe die Relevanz.

MS: Ich empfand es als sehr hilfreich, immer wieder im Austausch zu bleiben und zu überprüfen, ob die Methodik funktioniert. Bei allfälligen Schwierigkeiten haben wir den Prozess angepasst. Den interprofessionellen Austausch fand ich sehr wertvoll.

MB: Kurz und prägnant: Ja, es lohnt sich. Man kann nur gewinnen.

Vielen herzlichen Dank für eure Ausführungen und die tolle Zusammenarbeit.

Fazit

Die Einführung des PG-SGA SF im Bürgerspital Solothurn hat sich als erfolgreicher Schritt zur frühzeitigen Erkennung von Mangelernährung bei onkologischen Patient/innen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität erwiesen. Entscheidend für den Erfolg war die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die einfache Handhabung und der geringe Zeitaufwand erleichtern die Integration des Screenings in den Pflegealltag. Das PG-SGA SF sensibilisiert Patient/innen frühzeitig für Mangelernährung und ermöglicht einen niederschweligen Zugang zur Ernährungsberatung. Der Einsatz des Tools bringt sowohl für Patient/innen als auch für Fachkräfte einen deutlichen Mehrwert.

Nutzen auch Sie das PG-SGA SF!

Profitieren Sie vom positiven Effekt des Screenings: Das PG-SGA SF (Abbildung 1) steht zum Downloaden in diversen Sprachen auf dem Nutripoint als Print- oder interaktive Version zur Verfügung.

Für die Implementierung im interprofessionellen Team lohnt sich der Blick in den

Pocket Guide (8), welcher als praktischer Ratgeber für die Kitteltasche oder auf dem Tablet seinen Dienst erweist. Dieser wurde im Jahr 2022 bereits als 2. Auflage herausgebracht, in welcher auch die neuste ESMO Clinical Practice Guidelines bezüglich Krebskachexie (9) referenziert wurden.

Gibt es noch Fragen oder benötigen Sie unsere Unterstützung? Die SVDE-Fachgruppe Onkologie steht mit Rat und Tat zur Seite.

Literaturverzeichnis

- 1) Ottery F. D. (1994). Cancer cachexia: prevention, early diagnosis, and management. *Cancer practice*, 2(2), 123–131.
- 2) Jager-Wittenaar, H., & Ottery, F. D. (2017). Assessing nutritional status in cancer: role of the Patient-Generated Subjective Global Assessment. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 20(5), 322–329. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000389>
- 3) Bauer, J., Capra, S., & Ferguson, M. (2002). Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *European journal of clinical nutrition*, 56(8), 779–785. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601412>
- 4) Ottery F. D. (1996). Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 12(1 Suppl), S15–S19. [https://doi.org/10.1016/0899-9007\(96\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0899-9007(96)90011-8)
- 5) Thoresen, L., Fjeldstad, I., Krogstad, K., Kaasa, S., & Falkmer, U. G. (2002). Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. *Palliative medicine*, 16(1), 33–42. <https://doi.org/10.1191/0269216302pm486oa>
- 6) Gabrielson, D. K., Scaffidi, D., Leung, E., Stoyanoff, L., Robinson, J., Nisenbaum, R., Brezden-Masley, C., & Darling, P. B. (2013). Use of an abridged scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (abPG-SGA) as a nutritional screening tool for cancer patients in an outpatient setting. *Nutrition and cancer*, 65(2), 234–239. <https://doi.org/10.1080/01635581.2013.755554>
- 7) Vigano, A. L., di Tomasso, J., Kilgour, R. D., Trutschnigg, B., Lucar, E., Morais, J. A., & Borod, M. (2014). The abridged patient-generated subjective global assessment is a useful tool for early detection and characterization of cancer cachexia. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(7), 1088–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.09.027>
- 8) SVDE-Fachgruppe Onkologie & Praevicare GmbH (2022). Pocket Guide Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie. 2. überarbeitete Auflage.
- 9) Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., Buonaccorso, L., de van der Schueren, M. A. E., Baldwin, C., Chasen, M., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO open*, 6(3), 100 092. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092>

Screening de la malnutrition en oncologie: expériences issues de la pratique

Le Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) et sa version abrégée (PG-SGA Short Form) constituent la référence mondiale en oncologie pour le dépistage proactif des risques, l'évaluation, la surveillance et le triage (1–5). Les versions longue et abrégée ont été validées pour la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de cancer (2).



Marlis Bogaert
Experte en soins oncologiques
Bürgerspital Soleure



Maya Stüdli
Infirmière de pratique
avancée APN
Solothurner Spitäler AG



Nina Steiner, MSc
Diététicienne ASDD
Bürgerspital Soleure

Avec la participation de:

Sabrina Sager
BSc, diététicienne ASDD

Sylvia Huber
BSc, diététicienne ASDD

Nicole Blöchlinger
BSc, diététicienne ASDD

Le PG-SGA Short Form (PG-SGA SF) s'est établi dans la pratique quotidienne (6, 7). Le questionnaire adapté par le groupe spécialisé Oncologie (figure 1) pour simplifier son usage permet aux patient-e-s de le remplir de façon autonome, l'objectif étant de mieux les sensibiliser au thème de l'alimentation. Le guide de poche «Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie» (8) propose une description détaillée de l'utilisation de cet outil de dépistage.

Le PG-SGA SF se caractérise, au-delà d'un suivi du poids et des quantités de nourri-

ture consommées, par des questions spécifiques sur la prise d'aliments, les symptômes en lien avec l'alimentation ainsi que le niveau d'activité physique et le fonctionnement. Il permet d'examiner les problèmes nutritionnels sous de nombreux angles et d'engager rapidement des interventions. Utilisé dans un cadre standardisé, il contribue à l'identification précoce du risque de malnutrition.

Dans l'interview qui suit, Nina Steiner, diététicienne au Bürgerspital Soleure, interroge Maya Stüdli (MS), infirmière de pratique avancée chez Solothurner Spitäler AG et Marlis Bogaert (MB), experte en soins oncologiques au Bürgerspital Soleure, sur le point de vue des soignant-e-s concernant l'introduction dans la pratique du questionnaire des patient-e-s et sa mise en œuvre au sein de l'équipe interprofessionnelle.

Quelles ont été les motivations à l'origine de l'introduction du PG-SGA SF?

MS: Lors de l'une de tes formations continues sur l'oncologie et la malnutrition, Nina, des explications ont notamment été données sur le dépistage au moyen du PG-SGA SF. Ensuite, nous avons toutes les trois repris le sujet et avons établi ensemble un programme sur l'introduction du PG-SGA en tant que projet. Nous avons dès le début pesé le pour et le contre, en réfléchissant aux opportunités et aux difficultés. Nous nous sommes aussi interrogées sur les professions à impliquer, et à partir de là, nous avons défini et consigné les procédures et les compétences.

MB: Tout à fait. Pour l'élaboration du programme du projet, c'est surtout toi, Nina, qui a apporté les connaissances spéciali-

sées. Nous nous sommes quant à nous concentrées sur l'aspect organisationnel dans notre quotidien professionnel et sur les problématiques de faisabilité.

Qu'est-ce qui nous a aidées à mettre en place avec succès le nouveau dépistage?

MB: En faisant régulièrement des suggestions à ce sujet par le passé, les diététicien-ne-s ont réussi à poser les bases nécessaires pour que le dépistage soit bien accepté. Nous considérons qu'ils font vraiment partie de l'équipe thérapeutique. Quand un tel projet repose sur des échanges interprofessionnels sur un pied d'égalité, cela augmente en outre l'envie de collaborer activement. Il est également important de répartir clairement les rôles pour augmenter les chances de succès.

MS: Oui, c'est vrai, l'interprofessionnalité est importante. Au service des soins infirmiers, nous nous sommes impliqués dès le début dans ce projet, ce qui nous a facilité la mise en œuvre. Sans oublier que nous avons pu compter sur le précieux soutien administratif de l'équipe informatique. Au début, nous avons intégré les expériences d'hôpitaux qui ont déjà mis en place le dépistage. A mon avis, il est important d'échanger régulièrement pour optimiser en permanence les processus. Ainsi, le noyau central composé de personnel infirmier et de diététicien-ne-s se réunissait à intervalles réguliers pour discuter du projet.

Que pensez-vous globalement de notre processus? En quoi est-il positif, et en quoi peut-il encore être amélioré?

MB: Nous distribuons le questionnaire de dépistage PG-SGA SF lors de la première séance de traitement. Il est donc bien intégré à nos procédures. Il me permet de me faire une première impression en tant qu'infirmière pour engager si nécessaire les premières mesures sans perdre de temps. J'estime qu'il est tout de même important que nous ne nous limitions pas seulement à ce questionnaire, et que nous prêtions atten-

tion aux anomalies du point de vue de l'alimentation. Par ailleurs, il est pour moi important d'expliquer l'intérêt du dépistage aux patient-e-s au moment de leur distribuer le formulaire. Le conseil diététique évalue le questionnaire, et si le résultat est positif, il assiste directement à la prochaine séance ambulatoire de la patiente ou du patient. En cas de résultat négatif, un nouveau dépistage est effectué après quatre à huit semaines en fonction du nombre de points obtenus et de leur répartition entre les parties du questionnaire. Pour le personnel infirmier, c'est tout à fait faisable ainsi. Mais nous avons encore une marge d'amélioration pour les nouveaux dépistages. Et nous voici à échanger avec toi, Nina, pour évaluer et optimiser les procédures actuelles.

MS: De plus, les patient-e-s atteint-e-s d'un cancer de la tête et de cou, de la gorge, du

pancréas et/ou de l'estomac suivent le processus quel que soit le résultat du dépistage. Il est utile qu'un-e professionnel-le de la nutrition se penche systématiquement sur leur cas. A mon avis, cela rend aussi le processus très cohérent. Et je trouve qu'il est facile à intégrer dans le quotidien des soins infirmiers.

Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients du PG-SGA SF par rapport à l'ancien dépistage selon la méthode Nutritional Risk Screening (NRS)?

MB: Auparavant, nous nous prononcions souvent sur la nécessité d'un conseil diététique sur la base d'un entretien direct avec la patiente ou le patient. Beaucoup parmi le personnel infirmier trouvaient que le NRS n'était pas pratique, et n'était à ce titre pas rempli régulièrement. La standardisation du nouveau dépistage constitue un

avantage. Elle permet au conseil diététique de déceler les problèmes éventuels à un stade précoce, avant que ne surviennent des difficultés plus graves. De plus, le dépistage est à seuil extrêmement bas et met les patient-e-s en confiance dans la mesure où ils se rendent compte qu'une attention est portée à leurs problèmes nutritionnels. Cette démarche permet de combattre les préjugés, puisque les patient-e-s sont mis-e-s en relation assez tôt avec les diététicien-ne-s.

MS: L'avantage du PG-SGA SF est qu'il est validé pour nos patient-e-s en oncologie. J'estime qu'il s'agit d'un outil sensible de dépistage de la malnutrition. Pour le moment, nous ne sommes passés à côté d'aucun cas de patient-e-s cachectiques à l'établissement du diagnostic. En cas de perte de poids insidieuse, ce n'est parfois que

Données du patient

Nom, prénom:
Date de naissance:

Date de saisie

1. Poids

Evolution de mon poids actuel et récent:

Actuellement, je pèse environ _____ kg

Je mesure environ _____ cm gross.

Il y a un mois, je pesais environ _____ kg

Il y a six mois, je pesais environ _____ kg

Au cours des deux dernières semaines, mon poids:

a diminué (1) est resté stable (0) a augmenté (0)

3. Symptômes

Au cours des deux dernières semaines, les problèmes suivants m'ont empêché(e) de manger suffisamment (cochez toutes les cases qui s'appliquent):

<input type="checkbox"/> aucune difficulté à manger (0)	<input type="checkbox"/> vomissements (3)
<input type="checkbox"/> pas d'appétit, pas envie de manger (3)	<input type="checkbox"/> diarrhée (3)
<input type="checkbox"/> nausées (1)	<input type="checkbox"/> sécheresse buccale (1)
<input type="checkbox"/> constipation (1)	<input type="checkbox"/> les aliments ont une odeur désagréable (1)
<input type="checkbox"/> présence d'ulcères buccaux (2)	<input type="checkbox"/> sentiment de satiété (1)
<input type="checkbox"/> les aliments ont un drôle de goût ou n'ont plus de goût (1)	<input type="checkbox"/> fatigue (1)
<input type="checkbox"/> difficulté à déglutir (2)	
<input type="checkbox"/> douleur – précisez où? (3) _____	
<input type="checkbox"/> autre (1)** _____	

**p. ex.: dépression, manque d'argent ou problèmes de dentition

2. Apport alimentaire

Par rapport à ce que je mange d'habitude, le mois dernier j'ai mangé:

les mêmes quantités (0)

plus (0)

moins (1)

Actuellement, je mange:

des aliments dont j'ai l'habitude mais en plus faible quantité (1)

des petites portions d'aliments solides (2)

uniquement sous forme liquide (3)

uniquement des suppléments nutritifs oraux (3)

très peu, indépendamment de la texture (4)

seulement une alimentation par sonde ou voie intraveineuse (parentérale) (0)

4. Capacités fonctionnelles

Je définis mon niveau d'activités au cours des quatre dernières semaines comme:

normal, sans restriction (0)

différent d'habitude mais j'arrive à les accomplir (1)

restreint par rapport à mes habitudes et j'ai passé la moitié de mes journées dans mon lit ou sur le canapé (2)

restreint par rapport à mes habitudes et j'ai passé la plupart de mes journées dans mon lit ou sur le canapé (3)

principalement alité, rarement hors de mon lit (3)

J'accepte que les données soient analysées de manière anonyme et utilisées à des fins statistiques.

Score: _____

A translated version of the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF), Boxes 1-4 of the PG-SGA (© 2005, 2006, 2015, 2020) used for a pilot project in Switzerland together with the SVDE oncology group and in the future planned ISPOR process with permission from Faith D. Ottery, MD, PhD, FACN (faithotterymdphd@gmail.com).

Figure 1: PG-SGA SF, questionnaire adapté par le groupe spécialisé Oncologie pour simplifier son usage, 2^e édition 2022

NutrilInfo 2/2025

8

beaucoup plus tard que l'on a remarqué qu'il y avait un problème. Le fait que les patient-e-s peuvent remplir le questionnaire PG-SGA SF de façon autonome est tout à fait positif. L'objectif est de leur montrer l'importance de la nutrition en cas de maladie oncologique. Naturellement, il ne faut pas perdre de vue le fait que pour certain-e-s patient-e-s, il peut être difficile de remplir un tel questionnaire.

MB: Oui, cela peut arriver. Pour les patient-e-s qui n'ont pas des connaissances suffisantes en allemand, nous avons des formulaires de dépistage en français, en anglais et en italien. Si nécessaire, je peux aider les patient-e-s à remplir le questionnaire, car cela prend vraiment peu de temps. C'est fait en deux minutes.

Quelle est l'utilité du dépistage du point de vue des soins infirmiers?

MS: Je trouve intéressant de pouvoir identifier des symptômes comme les nausées, la constipation ou les douleurs dans la bouche, car cela nous permet aussi de réagir de façon plus ciblée au niveau des soins. Les patient-e-s ne peuvent pas nous parler de tout ou il ne leur vient pas à l'esprit de mentionner certains symptômes quand nous discutons avec eux/elles.

MB: Oui, je partage tout à fait cet avis. Le questionnaire aide le personnel infirmier à se faire une idée globale de la patiente ou du patient.

Nous avons déjà abordé plusieurs fois la question de la gestion des symptômes. Aimerez-vous expliquer la démarche que nous adoptons à cet égard?

MB: Le dépistage est très sensible. Il peut également mettre en évidence un besoin de conseil qui ne relève peut-être pas ex-

clusivement de la diététique. Je pense par exemple ici à la fatigue, au manque d'activité physique ou aux douleurs. Au début, vous aussi passiez toujours voir ces patient-e-s. Nous avons maintenant remanié le processus pour convenir si, dans de tels cas, la consultation au sujet des symptômes évoqués est assurée par les diététicien-ne-s ou le personnel infirmier.

Je vous remercie! C'était ma dernière question. Avez-vous encore quelque chose à ajouter?

MB: J'aimerais encore souligner la simplicité et l'efficacité de la mise en œuvre et insister sur la grande utilité du dépistage, même pour les soins infirmiers. Dès lors que je suis consciente de la plus-value du dépistage, par exemple pour identifier une malnutrition à un stade encore plus précoce, cela m'aide aussi dans mon quotidien professionnel. L'importance de cet outil est tout à fait claire pour moi.

MS: J'ai trouvé qu'il était très utile de rester constamment dans l'échange et de s'assurer du bon fonctionnement de la méthode. Nous avons ajusté le processus quand certaines difficultés se sont présentées. Les échanges interprofessionnels étaient très précieux à mes yeux.

MB: Je serai brève et j'irai à l'essentiel: oui, cela en vaut la peine. On a tout à y gagner.

Un grand merci pour vos explications et pour la formidable collaboration.

Conclusion

Il s'est avéré qu'avec l'introduction du PG-SGA SF au Bürgerspital de Soleure, une étape fondamentale a été franchie vers le dépistage précoce de la malnutrition chez

les patient-e-s oncologiques et l'amélioration de la qualité de la prise en charge. La collaboration interprofessionnelle a contribué de façon décisive à cette réussite. La simplicité d'utilisation de cet outil de dépistage et le faible investissement temporel qu'il nécessite facilitent son intégration dans le quotidien des soins. Le PG-SGA SF sensibilise les patient-e-s suffisamment tôt à la problématique de la malnutrition et leur donne accès facilement au conseil diététique. L'utilisation de cet outil apporte une plus-value indiscutable, tant pour les patient-e-s que pour les professionnel-le-s de la santé.

Utilisez vous aussi le PG-SGA SF!

Profitez de l'effet positif du dépistage: le PG-SGA SF (figure 1) est disponible au téléchargement dans plusieurs langues dans NutriPoint, en version imprimée ou interactive.

Pour sa mise en œuvre au sein d'une équipe interprofessionnelle, cela vaut la peine de jeter un coup d'œil dans le guide de poche (8), qui fourmille d'informations utiles et se glisse sans problème dans la poche de la blouse, sauf si vous préférez le consulter sur votre tablette. La publication de la deuxième édition remonte à 2022 déjà. Les dernières ESMO Clinical Practice Guidelines relatives à la cachexie associée au cancer y ont été intégrées (9).

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de notre soutien, le groupe spécialisé Oncologie de l'ASDD est volontiers disposé à vous apporter son soutien et à vous conseiller.

Bibliographie voir page 6

Screening della malnutrizione in oncologia: esperienze pratiche

In oncologia, il questionario Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) e la sua versione breve (PG-SGA Short Form) sono un metodo di riferimento utilizzato a livello internazionale per lo screening proattivo del rischio, l'accertamento, il monitoraggio e il triage degli interventi (1–5). La versione integrale e quella breve sono state validate per le/i pazienti ambulatoriali con malattie oncologiche (2).



Marlis Bogaert

Esperta in cure infermieristiche (oncologia)
Bürgerspital di Soletta



Maya Stüdli

Infermiera APN
Solothurner Spitaler AG



Nina Steiner, MSc

Dietista ASDD
Bürgerspital di Soletta

Con la partecipazione di:

Sabrina Sager

BSc, dietista ASDD

Sylvia Huber

BSc, dietista ASDD

Nicole Blöchlinger

BSc, dietista ASDD

Il PG-SGA Short Form (PG-SGA SF) è uno strumento consolidato nell'attività quotidiana (6, 7). Grazie agli adattamenti apportati dal gruppo specializzato Oncologia (figura 1), che lo hanno reso più comprensibile, il questionario può essere compilato direttamente dalle/dai pazienti e in tal modo promuove la sensibilizzazione sul tema della nutrizione. L'uso dello strumento di screening è descritto in dettaglio nella guida tascabile «Ernährungsscreening in der ambulanten Onkologie» (Screening nutrizionale nell'oncologia ambulatoriale) (8).

Oltre a porre domande sull'andamento ponderale e sulla quantità di cibo assunto, il questionario PG-SGA SF raccoglie dati specifici che riguardano l'assunzione di cibo, i sintomi legati all'alimentazione e il livello di attività e funzionamento. Ciò consente di esaminare i problemi nutrizionali sotto molteplici aspetti e di intervenire rapidamente. Se utilizzato come strumento standard, consente di rilevare precocemente il rischio di malnutrizione.

Nina Steiner, dietista del Bürgerspital di Soletta, ha intervistato Maya Stüdli (MS), esperta in cure infermieristiche presso i Solothurner Spitaler AG, e Marlis Bogaert (MB), esperta in oncologia del Bürgerspital di Soletta. Ha chiesto loro di illustrare dal punto di vista infermieristico l'introduzione pratica del questionario per le/i pazienti e il suo utilizzo all'interno del team interprofessionale.

Perché abbiamo deciso di introdurre il questionario PG-SGA SF?

MS: Lo screening per mezzo del PG-SGA SF era il tema di uno dei tuoi corsi di formazione continua dedicati all'oncologia e alla malnutrizione, Nina. Dopo il corso, noi tre abbiamo ripreso l'argomento e allestito insieme un piano di progetto per l'introduzione del questionario. Sin dall'inizio abbiamo valutato le possibili opportunità e sfide, riflettendo sulle categorie professionali da coinvolgere. Su tale base abbiamo definito e concordato procedure e competenze.

MB: Esatto, per quanto riguarda il piano di progetto sei stata soprattutto tu a occuparti degli aspetti tecnici, Nina. Noi abbiamo valutato gli aspetti organizzativi nell'ambito della nostra attività quotidiana e l'applicabilità del questionario.

Cosa ci ha aiutato a implementare con successo il nuovo strumento di screening?

MB: Gli input che abbiamo ricevuto regolarmente in passato dalla consulenza nutrizionale hanno posto le basi per garantire un'ampia accettazione dello screening. Per noi, la consulenza nutrizionale fa parte del team curante. Realizzare un progetto del genere a livello interprofessionale su un piano di parità favorisce ulteriormente la partecipazione attiva. Un altro punto importante è l'assegnazione chiara dei ruoli che aumenta le possibilità di successo dell'introduzione.

MS: Esatto, il team interprofessionale è importante. Il fatto che noi del reparto infermieristico siamo state coinvolte fin da subito ha agevolato l'attuazione del progetto. Inoltre abbiamo ricevuto un supporto prezioso a livello informatico e amministrativo. Per cominciare abbiamo considerato le esperienze degli ospedali che eseguono già lo screening. Trovo inoltre fondamentale un confronto regolare per ottimizzare i processi su base continua. Per questo il gruppo centrale, composto dal personale infermieristico e della consulenza nutrizionale, si è riunito periodicamente per discutere del progetto.

Quali sono le vostre impressioni riguardo al nostro processo? Cosa funziona bene e cosa si potrebbe ancora migliorare?

MB: Chiediamo alla/al paziente di compilare il questionario PG-SGA SF durante la terapia iniziale. Lo abbiamo integrato nelle nostre procedure e mi fornisce una prima impressione per adottare eventuali misure urgenti senza perdere tempo. È comunque importante non basarsi solo sul questionario, ma prestare anche attenzione alle anomalie legate alla nutrizione. Inoltre, al momento di consegnare il questionario, ritengo importante spiegare il senso dello screening alle/ai pazienti. Il questionario viene poi valutato da una/un dietista, che in caso di risultato positivo allo screening partecipa alla

Dati del paziente
Cognome, nome:
Data di nascita:

Data di iscrizione

1. Peso
Riepilogo del mio peso attuale e recente:
Attualmente peso circa _____ kg.
Sono alto circa _____ cm.
Un mese fa pesavo circa _____ kg.
Sei mesi fa pesavo circa _____ kg.

Nelle ultime due settimane il mio peso é:

diminuito ⁽¹⁾ rimasto invariato ⁽⁰⁾ aumentato ⁽⁰⁾

2. Apporto di cibo
Rispetto alla mia alimentazione normale, durante il mese precedente il mio consumo di cibo:

è rimasto invariato ⁽⁰⁾
 è stato superiore al solito ⁽⁰⁾
 è stato inferiore al solito ⁽¹⁾

Attualmente, sto assumendo:

un'alimentazione normale, ma in quantità inferiore al solito ⁽¹⁾
 piccole quantità di cibo solido ⁽²⁾
 solo liquidi ⁽³⁾
 solo integratori alimentari (sostituitivi del pasto) ⁽³⁾
 quantità molto piccole di qualsiasi alimento ⁽⁴⁾
 solo alimentazione con sondino o solo nutrizione endovenosa (parenterale) ⁽⁰⁾

3. Sintomi
Ho avuto i seguenti problemi che mi hanno impedito di alimentarmi adeguatamente nelle ultime due settimane (mettere un segno su tutte le opzioni pertinenti):

<input type="checkbox"/> nessun problema nel mangiare ⁽⁰⁾	<input type="checkbox"/> vomito ⁽³⁾
<input type="checkbox"/> mancanza di appetito, semplicemente non avevo voglia di mangiare ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> diarrea ⁽³⁾
<input type="checkbox"/> nausea ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> secchezza della bocca ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> costipazione ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> gli odori mi infastidiscono ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> ulcere in bocca ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> mi sento sazio rapidamente ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> i cibi hanno un sapore strano o non hanno sapore ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> stanchezza ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> problemi di deglutizione ⁽²⁾	
<input type="checkbox"/> dolore – dove? ⁽³⁾ _____	
<input type="checkbox"/> altro ^{(1)**} _____	

****Esempi:** depressione, motivi economici, problemi dentali

4. Attività fisica e funzioni
Durante il mese scorso, la mia attività fisica è stata:

normale, senza nessuna limitazione ⁽⁰⁾
 non del tutto normale, ma sono stato in grado di alzarmi dal letto e di portare a termine quasi normalmente le mie solite attività ⁽¹⁾
 non me la sento di fare la maggior parte delle cose, ma passo a letto o seduto meno della metà della giornata ⁽²⁾
 in grado di svolgere qualche attività, trascorro la maggior parte della giornata a letto o seduto ⁽³⁾
 sostanzialmente costretto a letto, mi alzo raramente ⁽³⁾

Accetto che i dati possano essere valutati in modo anonimo e utilizzati a fini statistici.

Punteggio:

A copy of the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF), Boxes 1-4 of the PG-SGA (© 2005, 2006, 2015, 2020) used with permission from Faith D. Ottery, MD, PhD, FACC (faithotterydphd@gmail.com).

Figura 1: PG-SGA SF adattato dal gruppo specializzato Oncologia per favorire la comprensione delle/dei pazienti, 2ª edizione 2022

terapia ambulatoriale successiva e visita la/ il paziente. Se il risultato è negativo, lo screening viene ripetuto dopo un intervallo più o meno lungo (da 4 a 8 settimane, a seconda del punteggio e della distribuzione). Per il personale infermieristico si tratta di uno strumento insostituibile. Possiamo ancora migliorare le ripetizioni dello screening, valutare e ottimizzare le procedure. E proprio su questo stiamo lavorando con te, Nina.

MS: Inoltre, a prescindere dallo screening, le/i pazienti con tumori della testa, del collo, del pancreas e/o dello stomaco vengono sempre annunciati per una consulenza nutrizionale. La presenza sistematica di una/o dietista è assolutamente opportuna. Trovo che così il processo sia molto coerente e ben integrabile nell'attività di cura quotidiana.

Secondo voi, quali vantaggi e svantaggi presenta il PG-SGA SF rispetto allo strumento di screening precedente, il Nutritional Risk Screening (NRS)?

MB: Prima avevamo l'abitudine di valutare la necessità di una consulenza nutrizionale durante i colloqui diretti con le/i pazienti. Spesso, infatti, il NRS era considerato poco pratico dal personale infermieristico, per cui non veniva compilato regolarmente. L'uso del nuovo screening come strumento standard è un vantaggio, perché permette di affrontare precocemente eventuali problemi nell'ambito della consulenza nutrizionale prima che insorgano difficoltà più gravi. Inoltre il questionario è di facile comprensione e crea fiducia nelle/nei pazienti, perché mostra loro che prendiamo in considerazione anche i problemi nutrizionali. Questa procedura ha permesso di ridurre i pregiudizi, perché permette di

creare fin da subito un buon rapporto tra paziente e dietista.

MS: Un vantaggio del PG-SGA SF è che è validato per le persone con malattie oncologiche in cura da noi. Trovo che lo screening sia uno strumento sensibile per rilevare una malnutrizione. Le/i pazienti con cachessia già al momento della diagnosi sono sempre stati individuati, mentre nel caso di una perdita di peso lenta e progressiva è capitato che il problema venisse rilevato dopo molto tempo. L'aspetto positivo è che le/i pazienti possono compilare autonomamente il questionario PG-SGA SF, e questo li aiuta a capire l'importanza dell'alimentazione per chi ha una malattia oncologica. Ovviamente bisogna considerare che compilare un simile questionario può risultare difficile per alcune persone.

MB: Sì, a volte capita. Il questionario è disponibile in numerose lingue, ad esempio in tedesco, francese, inglese e italiano e, in caso di necessità, aiuto la persona a compilarlo. Nel giro di due minuti abbiamo finito.

Quali dati utili potete ricavare dallo screening?

MS: Trovo interessante poter rilevare sintomi come nausea, costipazione o dolori in bocca. Questo permette anche a noi infermiere e infermieri di adottare misure di cura più mirate. Le/i pazienti non hanno modo di esporci tutti i problemi oppure non pensano che sia utile riferire determinati sintomi durante il colloquio.

MB: Sono d'accordo. Il questionario aiuta il personale infermieristico a farsi un quadro generale della persona che lo ha compilato.

Abbiamo parlato più volte della gestione dei sintomi. Vi va di spiegare la nostra procedura al riguardo?

MB: Lo screening è molto sensibile. Rileva anche una necessità di consulenza che talvolta esula dall'ambito della nutrizione, ad esempio in caso di stanchezza, scarso movimento o dolori. All'inizio una/un dietista visitava sempre anche le/i pazienti con questi disturbi. Ora abbiamo rielaborato il processo e in casi del genere stabiliamo insieme se e per i sintomi in questione sia più indicata la consulenza di una/un dietista o del personale infermieristico.

Grazie! Questa era l'ultima domanda. Volete aggiungere altro?

MB: Vorrei sottolineare ancora una volta quanto lo screening sia semplice ed efficiente, e quanto possa aiutare anche il personale infermieristico. Se sono cosciente del valore aggiunto dello screening, se ne capisco la rilevanza, ad esempio per individuare ancora più precocemente una malnutrizione, allora questo strumento mi aiuterà anche nella mia attività quotidiana.

MS: Ho trovato molto utile il confronto costante per valutare se il metodo funziona. In caso di difficoltà abbiamo modificato il processo. A mio avviso, il confronto interprofessionale è stato decisamente prezioso.

MB: Sarò chiara e sintetica: vale la pena introdurlo. Se ne hanno solo vantaggi.

Grazie di cuore per le vostre spiegazioni e l'ottima collaborazione.

Conclusione

L'introduzione del questionario PG-SGA SF al Bürgerspital di Soletta si è dimostrata una misura efficace per rilevare precocemente la malnutrizione in pazienti con malattie oncologiche e per migliorare la qualità delle cure. La collaborazione interprofessionale è stata un fattore di successo determinante. Lo screening è semplice da usare e richiede un dispendio di tempo

limitato, per cui si inserisce facilmente nell'attività di cura quotidiana. Il PG-SGA SF sensibilizza le/i pazienti verso un'individuazione precoce della malnutrizione e permette di beneficiare facilmente della consulenza nutrizionale. L'uso di questo strumento porta un chiaro valore aggiunto sia alle/ai pazienti che al personale specializzato.

Usate anche voi il PG-SGA SF!

Approfittate dei vantaggi dello screening: il PG-SGA SF (figura 1) si può scaricare in diverse lingue ed è disponibile su Nutri-Point in versione stampabile o interattiva.

Per facilitare l'implementazione nel team interprofessionale è utile consultare la guida tascabile (8), una pratica miniera di informazioni da tenere nella tasca del camice o sul tablet. Nel 2022 è uscita la seconda edizione, che fa già riferimento alle ultime ESMO Clinical Practice Guidelines relative alla cachessia neoplastica (9).

Avete ulteriori domande o vi occorre la nostra assistenza? Il gruppo specializzato SVDE Oncologia è a vostra disposizione.

Bibliografia sulla pagina 6

WACHSENDE EVIDENZ ZUR PRÄOPERATIVEN ERNÄHRUNG MIT IMMUNMODULIERENDER TRINKNAHRUNG.

Auch wenn in der Tumorchirurgie erhebliche Verbesserungen bei den Operationstechniken und dem postoperativen, intensivmedizinischen Management gemacht wurden, sind postoperative Komplikationen und auch Todesfälle insbesondere bei den zunehmend älteren Patient:innen häufig.

Der Ernährungszustand sowie eine gezielte Ernährungsintervention vor einem grossen operativen Eingriff spielen eine wichtige Rolle und werden sowohl im ERAS*-Konzept als auch in den ESPEN-Guidelines abgebildet.¹ Zum prä-operativen Einsatz von Immunonutrition (IN) wurde viel geforscht und publiziert und noch immer wächst die Evidenz.² Neue Studienresultate bei Oesophagus- und Colon-Resektionen weisen erneut auf die Reduktion von infektiösen

Komplikationen und die Verminderung von Immunparametern hin.³⁻⁵ Eine Meta-Analyse (16 randomisierte Studien) mit 1387 Patienten nach grossen gastro-intestinalen Eingriffen (IN n = 715, Kontrollgruppe n = 672) zeigte eine signifikante Reduktion von infektiösen Komplikationen und Spitalaufenthaltsdauer in der Gruppe mit IN.⁶ Eine 2022 publizierte Übersichtsarbeit, welche 20 Meta-Analysen einschloss, bestätigt die signifikante Reduktion von infektiösen Komplikationen und zusätzlich eine verminderte postoperative Mortalität durch den Einsatz von IN.⁷ Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es immer mehr Belege dafür gibt, dass die präoperative Immunernährung effektiv ist, was auch die Empfehlung neuer Leitlinien beeinflussen wird.²

Die IMPACT® Formel enthält neben hochwertigem Molkenprotein und wichtigen Mikronährstoffen zusätzlich eine einzigartige Kombination aus drei spezifischen, synergetischen Immunonutrients (Arginin, Omega-3 Fettsäuren & Nukleotide) und ist mit > 90 publizierten klinischen Studien die bei weitem bestgeprüfte IN.

In der Schweiz wird Oral IMPACT® bei den folgenden Indikationen aufgrund der bestehenden Evidenz rückerstattet siehe Tabelle unten. Die entsprechenden Informationen und Kostengutsprache gesuche finden Sie unter www.nestlehealthscience.ch.

Medizinische Indikationen

für präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung während 5 - 7 Tagen mit 

Maligne Erkrankung (mit und ohne Mangelernährung)

- Resektion eines Ösophaguskarzinoms
- Resektion eines Magenkarzinoms mit einer totalen Gastrektomie oder einer 2/3 Magenresektion
- Pankreasresektion nach Whipple- oder Teilpankreasresektion
- Resektion bei Zungen-, Pharynx und Larynxkarzinom inkl. einer Neck Dissection
- Hemihepatektomie

Transplantation (mit und ohne Mangelernährung)

- Lebertransplantation
- Lungentransplantation
- Herztransplantation

Maligne Erkrankung des Dickdarms (mit Mangelernährung)

- Teil- oder totale Kolektomie
- Teil- oder totale Rektumresektion

Indications médicales

pour l'immunonutrition additive préopératoire de 5 - 7 jours avec 

Maladie cancéreuse (avec et sans dénutrition)

- Résection d'un carcinome de l'œsophage
- Résection d'un carcinome de l'estomac avec une gastrectomie totale ou une résection de l'estomac à 2/3
- Résection du pancréas d'après Whipple ou résection partielle du pancréas
- Résection lors de carcinome de la langue, du pharynx et du larynx y compris une Neck Dissection
- Hemihepatectomie

Transplantation (avec et sans dénutrition)

- Transplantation hépatique
- Transplantation pulmonaire
- Greffe de cœur

Maladie cancéreuse du colon (avec dénutrition)

- Colectomie partielle ou totale
- Résection du rectum partielle ou totale

ÉVIDENCE CROISSANTE CONCERNANT LA NUTRITION PRÉOPÉRATOIRE AVEC DES SUPPLÉMENTS NUTRITIFS ORAUX IMMUNOMODULATEURS.

Malgré les améliorations significatives dans les techniques de chirurgie tumorale et la gestion postopératoire en soins intensifs, les complications postopératoires et les décès continuent d'être fréquents, en particulier chez des patient-e-s de plus en plus âgé-e-s.

L'état nutritionnel ainsi qu'une intervention nutritionnelle ciblée avant une intervention chirurgicale majeure jouent un rôle important et sont intégrés à la fois dans le concept ERAS* et dans les directives ESPEN.¹ L'utilisation de l'immunonutrition (IN) a fait l'objet de nombreuses recherches et publications et l'évidence continue de croître.² De nouveaux résultats d'études sur les résections de l'œsophage et du côlon indiquent à

nouveau une réduction des complications infectieuses et une diminution des paramètres immunitaires.³⁻⁵ Une méta-analyse (16 études randomisées) portant sur 1387 patients après de grandes interventions gastro-intestinales (IN n = 715, groupe de contrôle n = 672) a montré une réduction significative des complications infectieuses et de la durée d'hospitalisation dans le groupe avec l'IN.⁶ Une revue publiée en 2022, incluant 20 méta-analyses, confirme la réduction significative des complications infectieuses et une mortalité postopératoire diminuée grâce à l'utilisation de l'IN.⁷ En résumé, il existe de plus en plus de preuves que l'immunonutrition préopératoire est efficace, ce qui influencera également les recommandations des nouvelles directives.²

La formule IMPACT® contient, en plus de protéines de lactosérum de haute qualité et de micronutriments essentiels, une combinaison unique de trois immunonutriments spécifiques et synergiques (arginine, acides gras oméga-3 et nucléotides). Avec plus de 90 études cliniques publiées, elle est l'IN la plus largement étudiée.

En Suisse, Oral IMPACT® est remboursé pour les indications mentionnées ci-dessus sur la base de l'évidence existante, voir le tableau ci-dessus. Les informations correspondantes et les formulaires de demande de garantie de prise en charge des coûts peuvent être trouvés sur www.nestlehealthscience.ch.

*Enhanced Recovery after Surgery

1 ESPEN practical Guidelines: Clinical nutrition in surgery Clin Nutr (2021) 2 Weimann A, Wobith M. J Surg Oncol (2024) 3 Moyo P et al. Medicine (2016) 4 Li XK et al. Ann Palliat Med (2021) 5 Cao Y et al. BMC Cancer (2022) 6 Adiamah A et al. Ann Surg (2019) 7 Slim K et al. Clin Nutr ESPEN (2022)

Künstliche Ernährung in der Palliative Care – Entscheidungsfindung



Carla von Däniken, BSc BFH
Ernährungsberaterin SVDE
SVDE-Fachgruppe Deutschschweiz Onkologie



Alexandra Stocker, BSc BFH
Ernährungsberaterin SVDE
SVDE-Fachgruppe Deutschschweiz Onkologie

Grundsätzlich sollte in jeder Situation geprüft werden, ob eine perorale Ernährung möglich ist. Falls dies nicht der Fall ist oder nicht ausreicht, sollte die Indikation für eine enterale oder parenterale Ernährung geprüft werden. Dabei ist die enterale Ernährung aufgrund ihrer Bedeutung für die Aufrechterhaltung des intestinalen Immunsystems sowie der geringeren Komplikationsrate und Kosten gegenüber der parenteralen Ernährung vorzuziehen (1).

Eine möglichst frühzeitige Aufklärung von Patient/innen mit konsumierenden Erkrankungen trägt entscheidend dazu bei, dass die Ernährungstherapie einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität sowie der Prognose leisten kann (2).

Indikationen und Kontraindikationen

Die Indikationsstellung zur enteralen Ernährung ist bei Tumorerkrankungen zu prüfen, welche die perorale Nahrungsaufnahme einschränken oder verhindern. Zum Beispiel bei Passagehindernissen im Gastrointestinaltrakt, bei Malabsorption oder einem erhöhten Energiebedarf (3). Eine enterale Ernährung ist bei einer Nahrungsaufnahme von weniger als 50% des Bedarfes über mehr als eine Woche oder 50–75% des Bedarfes über mehr als zwei Wochen indiziert (2). Eine Applikation über eine perkutane Sonde ist hierbei einer

Mögliche Lasten der künstlichen Ernährung	Mögliche Nutzen der künstlichen Ernährung
Regelmässige Laborkontrollen	Verringerung der Müdigkeit
Infektionsrisiko: z. B. Pneumonie, Aspiration, Katheter-Infektionen	Verbesserung Wohlbefinden
Probleme mit dem Equipment: z. B. verstopfte Sonde, Pumpen-Alarm	Verringerung Gewichtsabnahme
Einschränkung in der Mobilität während der Nahrungsverabreichung	Stabilisierung körperliche Aktivität
Gastrointestinale Beschwerden: z. B. Diarrhoe, Obstipation, Emesis	Reduziert eating related distress (ERD) – kein (Ver)Hungern
Nicht vereinbar mit einigen kulturellen und religiösen Überzeugungen	Reduziertes Risiko für Infektionen/Komplikationen (durch einen besseren Ernährungszustand)

Tabelle: Mögliche Lasten und Nutzen der künstlichen Ernährung (7)

nasogastralen Sonde aus Komfortgründen vorzuziehen, falls die Problematik länger als 4 bis 6 Wochen zu erwarten ist (4).

Die parenterale Ernährung ist dann indiziert, wenn eine orale oder enterale Ernährung nicht oder nicht ausreichend möglich oder kontraindiziert ist. Zu den Indikationen gehören beispielsweise intestinale Obstruktion, Ischämie, Perforation, High-Output-Fisteln, gastrale Distension oder ausgeprägte Malabsorption. Für die Durchführung der parenteralen Ernährung ist die Anlage eines zentralvenösen Katheters erforderlich (5).

Kontraindikationen für eine künstliche Ernährung umfassen einen Karnofsky-Index von 50% oder niedriger, WHO Performance Status > 2, refraktäre Kachexie, Lebenserwartung unter drei bis sechs Monaten sowie die Ablehnung durch die Patient/innen nach umfassender Aufklärung (6, 7).

Ist die künstliche Ernährung kontraindiziert, stehen die supportive Ernährungstherapie auf Basis der ethischen Grundprinzipien und die Symptombehandlung im Vordergrund. Wenn eine künstliche Ernährung von den Patient/innen gewünscht

wird, kann diese im Sinne der Autonomie trotz Kontraindikation in Erwägung gezogen werden.

Zielsetzung

In jedem Fall ist das zu erreichende Ziel einer enteralen oder parenteralen Therapie mit den Patient/innen sorgfältig festzulegen. Die ethischen Aspekte sollen in die Zielsetzung einfließen. Bei grenzwertiger Indikationsstellung für eine künstliche Ernährung sollte ein Therapieversuch durchgeführt werden. Es sollten möglichst klare Ziele definiert werden, welche überprüfbar sind.

Ethische Aspekte

Die vier Grundprinzipien der Ethik (Autonomie, Nichtschädigung, Gerechtigkeit und Gutes tun) sollen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. Eine Intervention darf wenig Nutzen bringen, aber niemals schaden. Das Ziel ist, den Fokus auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen zu legen. Da Essen oft eine zentrale Rolle im sozialen und familiären Kontext spielt, kann der Verlust der Fähigkeit zur oralen Ernährung zu einer vermin-

derden Lebensqualität führen. Künstliche Ernährung kann diese Aspekte nicht vollständig kompensieren (9).

Eating-Related Distress

Die ethischen Aspekte sowie der Verlust der Kontrolle, welche zuvor noch von der Ernährung zu einem gewissen Grad erhalten werden konnte, können zum sogenannten Eating-Related Distress (ERD) führen. Dieser zeigt sich auf der Seite der Patient/innen zum Beispiel durch eine Art Blockade beim Essen oder verminderten Appetit und kann bei Angehörigen zu Frustration, Schuldgefühlen, Hoffnungslosigkeit und Bemühungen zur Steigerung der Nahrungsaufnahme führen. Der ERD soll durch die frühzeitige Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen und den potenziell zu erwartenden Nutzen sowie die entsprechend angepasste Ernährungstherapie reduziert werden (10).

Fazit

Die Entscheidung über den Einsatz einer künstlichen Ernährung sollte im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der

Patient/innen und der Angehörigen getroffen werden. Eine sorgfältige Dokumentation der Indikationsstellung und Zielsetzung ist essenziell. Die ethischen Prinzipien und die Verbesserung der Lebensqualität sollten dabei im Mittelpunkt stehen.

Literaturverzeichnis

- 1) Elke, G., Hartl, W. H., Kreymann, K. G., Adolph, M., Felbinger, T. W., Graf, T., de Heer, G., Heller, A. R., Kampa, U., Mayer, K., Muhl, E., Niemann, B., Rümelin, A., Steiner, S., Stoppe, C., Weimann, A. & Bischoff, S. C. (2018). DGEM-Leitlinie: Klinische Ernährung in der Intensivmedizin. Aktuelle Ernährungsmedizin, 43, 341–408.
- 2) Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T. S., Strasser, F., de van der Schueren, M. et al. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition, 40, 2898–2913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- 3) Kommission für Ernährungsfragen Universitätsspital Zürich. (2016/2017). Grundlagen der klinischen Ernährung am USZ. (4. Aufl.).
- 4) Bischoff, S. C., Austin, P., Boeykens, K., Chourdakis, M., Cuerda, C., Jonkers-Schuitema, C., Lichota, M., Nyulasi, I., Schneider, S. M., Stanga, Z. & Pironi, L. (2020). ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clinical Nutrition, 39, 5–22. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>
- 5) Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung. (2008–2010). Recommendations for enteral and parenteral nutrition in adults (2. Aufl.). AKE.
- 6) Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., Buonaccorso, L., de van der Schueren, M. A. E., Baldwin, C. & Ripamonti, C. I., on behalf of the ESMO Guidelines Committee. (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100.092>
- 7) August, D. A. & Huhmann, M. B. and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. (2009). A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Support Therapy During Adult Anticancer Treatment and in Hematopoietic Cell Transplantation. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 33(5), 472–500. <https://doi.org/10.1177/0148607109341804>
- 8) Fuhrman, M. P. & Herrmann, V. M. (2006). Bridging the Continuum: Nutrition Support in Palliative and Hospice Care. Nutrition in Clinical Practice, 21, 134–141. <https://doi.org/10.1177/0115426506021002134>
- 9) Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. & Bischoff S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical nutrition, 35, 545–556. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
- 10) Amano, K., Maeda, I., Morita, T., Tataru, R., Katayama, H., Uno, T., Takagi, I. (2016). Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. BMJ Support Palliat Care, 6(3), 373–376. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000783>

Jetzt anmelden und teilnehmen!

Nutrition 2025 – Jetzt anmelden und teilnehmen!

Die Dreiländertagung unter dem Motto «Ernährungsmedizin 2025:

Wo geht die Reise hin?» findet vom 22. bis 24. Mai 2025 in St. Gallen statt

Der Kongress wird gemeinsam von der GESKES (Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz) und dem SVDE mit Unterstützung der AKE (Arbeitsgemeinschaft klinische Ernährung, Österreich) und der DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) organisiert.

Das Programm umfasst Symposien, wissenschaftliche Fachreferate und Fallbesprechungen mit namhaften Experten aus den drei Ländern sowie aus England und den USA.

Informationen und Anmeldung:



SVDE ASDD



Décider de recourir à l'alimentation artificielle dans les soins palliatifs



Carla von Däniken, BSc BFH
Diététicienne ASDD
Groupe spécialisé ASDD
Oncologie Suisse alémanique



Alexandra Stocker, BSc BFH
Diététicienne ASDD
Groupe spécialisé ASDD
Oncologie Suisse alémanique

Il faut en principe chercher à déterminer dans chaque situation si une alimentation par voie orale est possible. Si tel n'est pas le cas ou si celle-ci est insuffisante, il faut alors se pencher sur les indications relatives à une alimentation entérale ou parentérale. Il convient alors d'accorder la préférence à l'alimentation entérale en raison de son importance pour le maintien du système immunitaire intestinal, de son taux de complication moins élevé et de son coût par rapport à l'alimentation parentérale (1).

Le fait de donner des explications le plus tôt possible aux patient-e-s atteint-e-s de maladies consomptives joue un rôle décisif pour que la thérapie nutritionnelle puisse contribuer à améliorer leur qualité de vie et leur pronostic vital (2).

Indications et contre-indications

Les indications en faveur d'une alimentation entérale doivent être examinées pour les maladies tumorales qui limitent ou empêchent la prise d'aliments par voie orale, par exemple en cas de gêne au passage des aliments dans le tractus gastro-intestinal, de malabsorption ou de besoin énergétique accru (3). Une alimentation entérale est indiquée en cas de prise alimentaire inférieure à 50% des besoins pendant plus d'une semaine ou de 50% à 75% des besoins pendant plus de deux semaines (2). S'il y a lieu de supposer que le problème

durera plus de quatre à six semaines, il convient ici de préférer une application par sonde percutanée à une sonde nasogastrique, pour des raisons de confort (4).

L'alimentation parentérale est alors indiquée si une alimentation orale ou entérale n'est pas possible, ou pas dans une mesure suffisante, ou si elle est contre-indiquée. L'occlusion intestinale, l'ischémie, la perforation, les fistules à haut débit, la distension gastrique ou la malabsorption prononcée figurent par exemple parmi les indications. La pose d'un cathéter veineux central s'impose pour mettre en place une alimentation parentérale (5).

Les contre-indications à une alimentation artificielle englobent un indice de Karnofsky égal ou inférieur à 50%, un indice de performance selon l'OMS supérieur à deux, une cachexie réfractaire, une espérance de vie inférieure à trois à six mois, ainsi que le refus éclairé des patient-e-s (6, 7).

Si l'alimentation artificielle est contre-indiquée, la thérapie nutritionnelle de soutien

sur la base des grands principes éthiques et le traitement des symptômes passent au premier plan. Si les patient-e-s demandent une alimentation artificielle, celle-ci peut être envisagée pour favoriser leur autonomie, malgré les contre-indications.

Objectifs

Il convient dans chaque cas de définir scrupuleusement avec les patient-e-s l'objectif à atteindre dans le cadre de la thérapie entérale ou parentérale. Les aspects éthiques doivent être pris en compte dans la définition des objectifs. Si les indications en faveur de l'alimentation artificielle sont proches des valeurs-limites, une tentative de traitement devrait être menée. Les objectifs devraient alors être définis le plus clairement possible et être vérifiables.

Aspects éthiques

Les quatre grands principes éthiques (favoriser l'autonomie, ne pas nuire, veiller à l'équité et faire du bien) doivent être pris en compte dans la prise de décision. Une

Inconvénients possibles de l'alimentation artificielle	Avantages possibles de l'alimentation artificielle
Analyses de laboratoires régulières	Réduction de la fatigue
Risque d'infection: p. ex. pneumonie, aspiration, infections du cathéter	Amélioration du bien-être
Problèmes liés à l'équipement: p. ex. sonde bouchée, alarme sur la pompe	Réduction de la perte de poids
Mobilité réduite pendant l'administration de nourriture	Stabilisation de l'activité physique
Douleurs gastro-intestinales: p. ex. diarrhée, constipation, vomissements	Réduction de l'anxiété alimentaire (eating related distress, ERD) – pas de sensation de faim (de loup)
Incompatibilité avec certaines convictions culturelles et religieuses	Diminution du risque d'infections/de complications (grâce à l'amélioration de l'état nutritionnel)

Tableau: Inconvénients et avantages possibles de l'alimentation artificielle (7)

intervento può apportare un faible bénéfice, mais elle ne doit jamais porter atteinte à l'intégrité. L'objectif est de mettre l'accent sur le bien-être et la qualité de vie des personnes concernées. Comme le fait de manger joue souvent un rôle important dans le contexte social et familial, la perte de la capacité à s'alimenter par voie orale peut entraîner une diminution de la qualité de vie. L'alimentation artificielle ne permet pas de compenser entièrement ces aspects (9).

Anxiété alimentaire

Les aspects éthiques ainsi que la perte de contrôle, qui pouvait auparavant être préservé dans une certaine mesure par une alimentation par voie orale, peuvent provo-

quer une anxiété alimentaire. Du côté des patient-e-s, cela se manifeste par exemple par une sorte de blocage alimentaire ou une perte d'appétit. Cela peut entraîner chez les proches une certaine frustration, de la culpabilité, du désespoir ainsi que des efforts pour augmenter la prise alimentaire. Il faut réduire l'anxiété alimentaire par un travail d'explication précoce auprès des personnes concernées et de leurs proches, par une clarification du bénéfice à escompter et une thérapie nutritionnelle adaptée en conséquence (10).

Conclusion

La décision de recourir à l'alimentation artificielle devrait être prise par une équipe multiprofessionnelle, en impliquant les pa-

tient-e-s et les proches. Il est essentiel de documenter avec soin les indications et les objectifs. Dans ce contexte, il faut accorder une importance centrale aux principes éthiques et à l'amélioration de la qualité de vie.

Bibliographie voir page 14

Processo decisionale relativo all'alimentazione artificiale nelle cure palliative



Carla von Däniken, BSc BFH
Dietista ASDD
Gruppo specializzato ASDD
Svizzera tedesca Oncologia



Alexandra Stocker, BSc BFH
Dietista ASDD
Gruppo specializzato ASDD
Svizzera tedesca Oncologia

Di norma si dovrebbe valutare in ogni situazione se l'alimentazione orale sia praticabile. Se non lo è oppure non è sufficiente, si dovrebbe stabilire se sia indicato ricorrere alla nutrizione enterale o parenterale. L'opzione preferibile è la nutrizione enterale, poiché ha un ruolo rilevante nel mantenimento del sistema immunitario intestinale e presenta un tasso di complicazioni e costi inferiori rispetto alla nutrizione parenterale (1).

È fondamentale informare quanto prima le/i pazienti con malattie debilitanti affinché la terapia nutrizionale possa contribuire a migliorare la qualità di vita e la prognosi (2).

Indicazioni e controindicazioni

Occorre valutare l'indicazione alla nutrizione enterale in pazienti con malattie tumorali che limitano o impediscono l'alimentazione orale, ad esempio in caso di ostacoli presenti nel tratto gastrointestinale, di malassorbimento o di fabbisogno energetico aumentato (3). La nutrizione enterale è indicata se l'assunzione di cibo è inferiore al 50% del fabbisogno stimato per oltre una settimana o non supera il 50–75% del fabbisogno stimato per oltre due settimane (2). Se si prevede di continuare la nutrizione enterale per oltre quattro a sei settimane, per motivi di comfort è preferibile utilizzare una sonda percutanea anziché una sonda nasogastrica (4).

La nutrizione parenterale è indicata quando la nutrizione orale o enterale non è possibile oppure è insufficiente o controindicata, ad esempio in caso di ostruzione intestinale, ischemia, perforazione, fistole ad alta portata, distensione gastrica o forte malassorbimento. Per praticare la nutrizione parenterale è necessario inserire un catetere venoso centrale (5).

L'alimentazione artificiale è controindicata nei seguenti casi: indice di Karnofsky pari o inferiore al 50%, performance status secondo l'OMS superiore a due, cachessia refrattaria, aspettativa di vita inferiore a tre a sei mesi, rifiuto da parte della/del paziente dopo spiegazioni esaustive (6, 7).

Se l'alimentazione artificiale è controindicata, si privilegiano la terapia nutrizionale di supporto sulla base dei principi chiave dell'etica e il trattamento dei sintomi. Se la/il paziente desidera l'alimentazione artificiale, si può valutare l'ipotesi di praticarla

nonostante le controindicazioni in nome del principio di autonomia.

Obiettivi

L'obiettivo da raggiungere con la terapia enterale o parenterale va sempre stabilito con cura assieme alle/ai pazienti. Gli obiettivi devono tenere conto degli aspetti etici. Se l'indicazione relativa all'alimentazione artificiale è «borderline», vale la pena fare un tentativo. È importante definire obiettivi il più possibile chiari e verificabili.

Aspetti etici

Nel processo decisionale occorre considerare i quattro principi chiave dell'etica (autonomia, non nuocere, equità e fare del bene). Un intervento può avere una scarsa utilità, ma non deve mai nuocere. L'attenzione va rivolta al benessere e alla qualità di vita delle persone interessate. Poiché il cibo svolge spesso un ruolo centrale nel contesto sociale e familiare, la perdita della capacità di alimentarsi per via orale rischia di compromettere la qualità di vita. Questi inconvenienti non si possono compensare del tutto con l'alimentazione artificiale (9).

Ansia legata all'alimentazione

Gli aspetti etici e la perdita di controllo, che prima, con l'alimentazione orale, potevano

Possibili problemi derivanti dall'alimentazione artificiale	Possibili benefici derivanti dall'alimentazione artificiale
Esami di laboratorio regolari	Riduzione della stanchezza
Rischio di infezione, ad es. polmonite, aspirazione, infezioni dovute al catetere	Miglioramento del benessere
Problemi con le attrezzature, ad es. occlusione della sonda, allarme della pompa	Riduzione della perdita di peso
Mobilità limitata durante la somministrazione dell'alimentazione	Stabilizzazione dell'attività fisica
Disturbi gastrointestinali, ad es. diarrea, costipazione, emesi	Riduzione dell'ERD (eating-related distress), nessuna sensazione di soffrire la fame
Incompatibilità con alcune credenze culturali e religiose	Rischio ridotto di infezioni/complicazioni (grazie al miglioramento dello stato nutrizionale)

Tabella: Possibili problemi e benefici derivanti dall'alimentazione artificiale (7)

essere gestiti in una certa misura, possono scatenare una vera e propria ansia alimentare. La/Il paziente manifesta ad esempio una sorta di blocco nei confronti del cibo o una diminuzione dell'appetito, a cui i familiari reagiscono talvolta con frustrazione, senso di colpa, sconforto e tentativi di aumentare l'assunzione di cibo. Si deve cercare di ridurre l'ansia legata all'alimentazione informando anzitempo la paziente o il paziente e i familiari, mettendo in evidenza i potenziali benefici attesi e adattando correttamente la terapia nutrizionale (10).

Conclusione

La decisione in merito al ricorso all'alimentazione artificiale va presa all'interno di un'équipe multiprofessionale coinvolgendo le/i pazienti e i loro familiari. È fondamentale documentare in modo accurato l'indicazione terapeutica e gli obiettivi prefissati. I principi etici e il miglioramento della qualità di vita devono assumere un ruolo centrale.

Bibliografia sulla pagina 14



Frühzeitiger Ernährungssupport in der Onkologie



Wir sichern in allen Phasen der onkologischen Therapie die optimale und ganzheitliche Betreuung: von Trinknahrung über Sondennahrung bis hin zu parenteraler Ernährung – für eine individuelle und umfassende Unterstützung Ihrer Patientinnen und Patienten.

Ein adäquater Ernährungssupport vor und während der onkologischen Therapie beeinflusst das klinische Outcome:

- weniger dosislimitierende Chemotoxizität^{1,2}
- bessere Therapietoleranz^{1,2}
- gesteigerte Lebensqualität^{1,3,4}
- reduzierte Mortalität⁴

1 Cotogni P, et al. Nutritional Therapy in Cancer Patients Receiving Chemoradiotherapy: Should We Need Stronger Recommendations to Act for Improving Outcomes?. *J Cancer* 2019;10(18):4318-25. **2** Muscaritoli M, Arends J, Aapro M. From guidelines to clinical practice: a roadmap for oncologists for nutrition therapy for cancer patients. *Ther Adv Med Oncol*. 2019;11:1758835919880084. **3** Lis CG, et al. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer—a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J*. 2012;11:27 **4** Bargetzi L, et al. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial. *Ann Oncol*. 2021 Aug;32(8):1025-33.

Weitere Informationen zum Ernährungsmanagement in der Onkologie erhältlich:
InfoLine 0800 800 877; InfoMail@fresenius-kabi.com



Produktinformation SmofKabiven® special: **Z** Alanin, Arginin, Glycin, Histidin, Isoleucin, Leucin, Lysin, Methionin, Phenylalanin, Prolin, Serin, Taurin, Threonin, Tryptophan, Tyrosin, Valin, Calciumchlorid, Natriumglycerophosphat, Magnesiumsulfat, Kaliumchlorid, Natriumacetat, Zinksulfat, Glucose, raffiniertes Sojaöl, mittelkettige Triglyceride, raffiniertes Olivenöl, Fischöl. **I** Zur parenteralen Ernährung bei erwachsenen Patienten. **D** Abhängig von klinischem Zustand, Bedürfnissen und Körpergewicht. Maximaldosierung 3l ml pro kg KG und Tag, zur zentralvenösen Applikation. **KI** Überempfindlichkeit gegen Fisch-, Ei-, Soja- oder Erdnussprotein oder gegen einen anderen Wirk- oder Hilfsstoff. Schwere Hyperlipidämie, schwere Leberinsuffizienz, schwere Blutgerinnungsstörungen, angeborene Aminosäurestoffwechselstörungen, schwere Niereninsuffizienz ohne Möglichkeiten zur Hämodialyse oder Dialyse, akuter Schock, unkontrollierte Hypertension, pathologisch erhöhter Serumspiegel eines der enthaltenen Elektrolyte. **VM** Fettstoffwechsel, Störungen des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalts, Niereninsuffizienz, Lactatazidose, unzureichende zelluläre Sauerstoffversorgung, erhöhte Serumosmolarität, Elektrolytretention, nicht gleichzeitig mit Blutprodukten zuführen, nicht für die Anwendung bei Neugeborenen und Kleinkindern unter 2 Jahren geeignet. **IA** Insulin, Heparin, Cumarinderivate **UAW** leichter Anstieg der Körpertemperatur **P** Dreikammerbeutel zu 4 x 1012 ml, 4 x 1518 ml. Verkaufskategorie B. Die vollständige Fachinformation ist unter www.swissmedinfo.ch publiziert. **ZI** Fresenius Kabi (Schweiz) AG, Am Mattenhof 4, 6010 Kriens. Stand der Information 05.2017.

Mikrobiomfreundliche Ernährung in der Onkologie

Das Mikrobiom hat in der Onkologie Bedeutung gewonnen, da es das Krankheitsrisiko, den Therapieverlauf und die Nachsorge beeinflusst. Die Ernährung gilt dabei als Hauptfaktor zur Modulation des Mikrobioms. Damit sind wir Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater gefragt, die neuen Erkenntnisse praxisnah umzusetzen.



Zusammenhang zwischen Mikrobiom und Onkologie

Ein gestörtes Mikrobiom (Dysbiose) wird mit einem erhöhten Krebsrisiko assoziiert. Die Wirkmechanismen sind dabei vielfältig: Eine Dysbiose kann chronische Entzündungen fördern, die DNA-Schäden und Zellproliferation begünstigen, während eine geschwächte Darmbarriere krebserregende Substanzen in den Körper gelangen lässt. Zudem produzieren pathogene Mikroben genotoxische Metaboliten und beeinflussen zelluläre Signalwege, welche ein Tumorwachstum fördern können. Gleichzeitig wird durch diese Mechanismen die Immunüberwachung geschwächt, wodurch Tumorzellen der Kontrolle des Immunsystems entgehen können (1).

Viele dieser Prozesse sind noch unzureichend erforscht und es fehlen allgemeingültige Lösungsansätze. Was wir jedoch bereits wissen, ist, dass die Ernährung das Mikrobiom und die Darmbarriere sowohl positiv wie auch negativ beeinflussen kann (1, 2).

Auf der Basis dieser Grundlagen lohnt es sich, in der Ernährungsberatung Interventionen zu wählen, die das Mikrobiom stärken. Im Folgenden werden dazu zwei Aspekte näher beleuchtet, welche in der Ernährungsberatung berücksichtigt werden können. Dabei ist sicherzustellen, dass die vorgeschlagenen Massnahmen das übergeordnete Ziel, eine Mangelernährung zu vermeiden, nicht gefährden.

Präbiotika, Probiotika, Postbiotika

Präbiotika sind unverdauliche Nahrungsbestandteile, die das Wachstum und die Aktivität gesundheitsfördernder Darmbakterien fördern. Beispiele dafür sind die Nahrungsfasergruppen Pektin, Fructooligosaccharide (FOS), Galactooligosaccharide (GOS), resistente Stärke und Betaglukane, aber auch sekundäre Pflanzeninhaltsstoffe wie Flavonoide (3, 4).

Probiotika sind lebende Mikroorganismen, die in ausreichender Anzahl positive Effekte auf die Gesundheit haben. Sie können in fermentierten Lebensmitteln wie Joghurt oder Sauerkraut vorkommen oder als Supplemente eingesetzt werden (5).

Postbiotika hingegen sind nichtlebende Mikroorganismen oder deren Produkte, wie Neurotransmitter, Milchsäure, Butyrat, Propionat usw., die ebenfalls gesundheitsfördernd wirken (6). Eine Übersicht der Zusammenhänge zwischen Prä-, Pro- und Postbiotika findet sich in Abbildung 1.

Die aktuelle Studienlage (1, 2, 7, 8) zeigt zurzeit eine Tendenz in Richtung der Bevorzugung von Prä- und Postbiotika, da diese im Vergleich zu den Probiotika kein Infektionsrisiko für kritisch kranke Personen bergen und ebenfalls positive Effekte auf

Immunantwort, Tumorzellproliferation, Apoptose und Mikrobiomzusammensetzung zeigten. Bei Spencer et al. (2021) zeigten Probiotika bei Melanombetroffenen unter Immuntherapie teils sogar unerwünschte Wirkungen, wenn diese zusätzlich zu einer nahrungsfaserreichen Ernährung gegeben wurden.

Eine Ernährung mit einem hohen Anteil an pflanzlichen und fermentierten Lebensmitteln ist reich an Prä-, (Pro-) und Postbiotika und lässt sich mit einer energiereichen Ernährung kombinieren. So kann in der mikrobiomfreundlichen Ernährungsberatung Gemüse mit energiereichen Saucen oder Zutaten kombiniert und mit Nüssen, Samen und Kernen ergänzt werden. Zudem können pflanzliche Proteinquellen bevorzugt und gezielt präbiotikareiche Getreidesorten wie Hafer, Gerste oder Roggen empfohlen werden.

Falls eine ausreichende Zufuhr an Nahrungsfasern aufgrund von Appetitmangel oder anderen Einschränkungen nicht gewährleistet werden kann, ist eine zusätzliche orale Supplementation möglich. FOS und teilhydrolysiertes Guarkernmehl (PHGG) führten dabei bei Betroffenen, die eine Radiotherapie im Enddarmbereich erhielten, zu einer verbesserten Stuhlkonsistenz und -frequenz (9, 10).

Um die Diversität an sekundären Pflanzeninhaltsstoffen zu fördern, können wir Betroffene ermutigen, saisonal und vielseitig zu kochen. Einfache Empfehlungen dafür

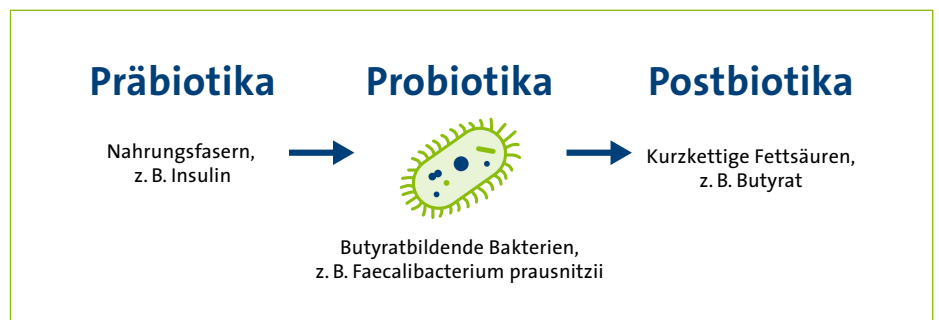


Abbildung 1

sind, Beeren, grünes Gemüse, Hülsenfrüchte, Sprossen sowie Gewürze und Kräuter regelmässig in die Ernährung einzubauen.

Zusatzstoffe und ultra-verarbeitete Lebensmittel (UPFs)

Es gibt zunehmend Hinweise, dass Lebensmittelzusatzstoffe (UPFs) Dysbiosen fördern und entzündliche Reaktionen begünstigen können (11, 12). Als UPFs gelten auch Trinknahrungen (ONS), Maltodextrin und Proteinpulver. In einem Review von Reivero-Mendoza et al. (2023) wurde beleuchtet, dass ONS zwar effektiv sind zur Behandlung von ungewolltem Gewichtsverlust, ihre ultra-verarbeitete Zusammensetzung jedoch langfristige Gesundheitsrisiken mit sich bringen könnte, insbesondere durch negative Auswirkungen auf das Mikrobiom. Das klinische Dilemma besteht darin, zwischen dem Einsatz von ONS und der Förderung nährstoffreicher, pflanzlicher Lebensmittel abzuwägen, welche die Mikrobiomvielfalt, die Ernährungsqualität und die allgemeine Gesundheit unterstützen.

Fazit

Eine ausgewogene pflanzenbasierte Ernährung enthält Präbiotika, Probiotika und Postbiotika, welche das Mikrobiom positiv beeinflussen können. Ultra-verarbeitete Lebensmittel und Lebensmittelzusatzstoffe

können hingegen Dysbiosen und Entzündungen fördern. Trotz noch wenigen hochwertigen Studien in diesem Bereich können wir Ernährungsberater/innen diese Erkenntnisse in der Onkologie bereits priorisieren. Dabei sollte, wie immer, ein personalisierter Ansatz berücksichtigt werden, um den Ernährungsstatus, die Nebenwirkungen und die Sekundärprävention positiv zu beeinflussen.

Hinweis zum Kongress Nutrition 2025:

Mehr Informationen zum Thema mikrobiomfreundliche Ernährung erhalten Sie am Nutrition 2025, an welchem Jelina Linder am Freitag, 23. Mai um 14.15 Uhr in der Session 10 Onkologie referiert.

Literaturverzeichnis

- 1) Greathouse, K. L., Wyatt, M., Johnson, A. J., Toy, E. P., Khan, J. M., Dunn, K., Clegg, D. J., & Reddy, S. (2022). Diet-microbiome interactions in cancer treatment: Opportunities and challenges for precision nutrition in cancer. *Neoplasia* (New York, N.Y.), 29, 100–108.
- 2) David, A., & Lev-Ari, S. (2024). Targeting the Gut Microbiome to Improve Immunotherapy Outcomes: A Review. *Integrative cancer therapies*, 23, 15347354241269870.
- 3) Davani-Davari, D., Negahdaripour, M., Karimzadeh, I., Seifan, M., Mohkam, M., Masoumi, S. J., Berenjian, A., & Ghasemi, Y. (2019). Prebiotics: Definition, Types, Sources, Mechanisms, and Clinical Applications. *Foods* (Basel, Switzerland), 8(3), 92.
- 4) Gibson, G., Hutkins, R., Sanders, M. et al. Expert consensus document: The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics (ISAPP) consensus statement on the definition and scope of prebiotics. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 14, 491–502 (2017).
- 5) Hill, C., Guarner, F., Reid, G., Gibson, G. R., Merenstein, D. J., Pot, B., Morelli, L., Canani, R. B., Flint, H. J., Salminen, S., Calder, P. C., & Sanders, M. E. (2014). Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 11(8), 506–514.
- 6) Salminen, S., Collado, M. C., Endo, A., Hill, C., Lebeer, S., Quigley, E. M. M., Sanders, M. E., Shamir, R., Swann, J. R., Szajewska, H., & Vinderola, G. (2021). The International Scientific Association of Probiotics and Prebiotics (ISAPP) consensus statement on the definition and scope of postbiotics. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 18(9), 649–667.
- 7) Kvakova, M., Kamalova, A., Stofilova, J., Benetinova, V., & Bertkova, I. (2022). Probiotics and postbiotics in colorectal cancer: Prevention and complementary therapy. *World journal of gastroenterology*, 28(27), 3370–3382.
- 8) Spencer, C. N., McQuade, J. L., Gopalakrishnan, V., McCulloch, J. A., Vetzou, M., Cogdill, A. P., Khan, M. A. W., Zhang, X., White, M. G., Peterson, C. B., Wong, M. C., Morad, G., Rodgers, T., Badger, J. H., Helmink, B. A., Andrews, M. C., Rodrigues, R. R., Morgun, A., Kim, Y. S., Roszik, J., Wargo, J. A. (2021). Dietary fiber and probiotics influence the gut microbiome and melanoma immunotherapy response. *Science* (New York, N.Y.), 374(6575), 1632–1640.
- 9) Garcia-Peris, P., Velasco, C., Hernandez, M., Lozano, M. A., Paron, L., de la Cuerda, C., Breton, I., Cambor, M., & Guarner, F. (2016). Effect of inulin and fructo-oligosaccharide on the prevention of acute radiation enteritis in patients with gynecological cancer and impact on quality-of-life: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *European journal of clinical nutrition*, 70(2), 170–174.
- 10) Rosli, D., Shahar, S., Manaf, Z. A., Lau, H. J., Yusof, N. Y. M., Haron, M. R., & Majid, H. A. (2021). Randomized Controlled Trial on the Effect of Partially Hydrolyzed Guar Gum Supplementation on Diarrhea Frequency and Gut Microbiome Count Among Pelvic Radiation Patients. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 45(2), 277–286.
- 11) Brichacek, A. L., Florkowski, M., Abiona, E., & Frank, K. M. (2024). Ultra-Processed Foods: A Narrative Review of the Impact on the Human Gut Microbiome and Variations in Classification Methods. *Nutrients*, 16(11), 1738.
- 12) Laudisi, F., Stolfi, C., & Monteleone, G. (2019). Impact of Food Additives on Gut Homeostasis. *Nutrients*, 11(10), 2334.
- 13) Rivero-Mendoza, D., Caldwell, C. L., Cooper, H., Goldberg, J., Lamothe, M., Logan, S., Smith, E. B., Torna, E., Zeldman, J. A., & Dahl, W. J. (2023). Recommending ultra-processed oral nutrition supplements for unintentional weight loss: Are there risks?. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(1), 88–101.

Une alimentation bénéfique au microbiome en oncologie

Le microbiome a pris de l'importance en oncologie, étant donné qu'il influence le risque de maladie, l'évolution du traitement et le suivi. L'alimentation est considérée comme le principal facteur de modulation du microbiome. En tant que diététicien-ne-s, il nous appartient de mettre en application les dernières découvertes dans ce domaine.



Jelina Linder, BSc BFH
Diététicienne ASDD
Directrice du conseil diététique
Centre d'oncologie intégrative
jelina.linder@zio.ch

Lien entre microbiome et oncologie

Un microbiome perturbé (dysbiose) est associé à un risque accru de cancer. Les mécanismes d'action opérant à ce niveau sont multiples: une dysbiose peut favoriser les inflammations chroniques, induire des dommages à l'ADN et une prolifération cellulaire, tandis qu'une barrière intestinale affaiblie permet à des substances cancérogènes d'atteindre l'organisme. De plus, des microbes pathogènes produisent des métabolites génotoxiques et influencent les voies de signalisation cellulaires, qui peuvent favoriser une croissance tumorale. Dans le même temps, ces mécanismes affaiblissent la surveillance immunitaire, en conséquence de quoi les cellules tumorales peuvent échapper au contrôle du système immunitaire (1).

Pour un grand nombre de ces processus, la recherche est insuffisante et il manque des ébauches de solutions universelles. Ce que

nous savons toutefois déjà, c'est que l'alimentation peut avoir un impact aussi bien positif que négatif sur le microbiome et la barrière intestinale (1, 2).

Sur ces bases, il vaut la peine de choisir en matière de diététique des interventions qui renforcent le microbiome. Ci-après, un éclairage est jeté sur deux aspects pouvant être envisagés dans le cadre du conseil diététique, en s'assurant que les mesures proposées ne compromettent pas l'objectif prioritaire d'éviter une malnutrition.

Prébiotiques, probiotiques, postbiotiques

Les prébiotiques sont des substances alimentaires indigestes qui stimulent la croissance et l'activité des bactéries intestinales bénéfiques pour la santé. Il s'agit par exemple de types de fibres alimentaires comme la pectine, les fructo-oligosaccharides (FOS), les galacto-oligosaccharides (GOS), de l'amidon résistant et de certains bêta-glucanes, mais aussi de substances végétales secondaires comme les flavonoïdes (3, 4).

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants, qui, ingérés en nombre suffisant, ont des effets positifs sur la santé. Ils sont présents dans les aliments fermentés

comme les yogourts ou la choucroute ou peuvent être absorbés sous forme de compléments alimentaires (5).

Les postbiotiques en revanche sont des composants non-vivants des micro-organismes ou de leurs produits comme les neurotransmetteurs, l'acide lactique, le butyrate, le propionate, etc., qui sont également bénéfiques pour la santé (6). La figure 1 contient un aperçu des interactions entre prébiotiques, probiotiques et postbiotiques.

Les dernières études (1, 2, 7, 8) révèlent une tendance à préférer les prébiotiques et les postbiotiques, car, contrairement aux probiotiques, ils ne comportent aucun risque d'infection pour les personnes gravement malades et ont montré des effets positifs sur la réponse immunitaire, la prolifération des cellules tumorales, l'apoptose et la composition du microbiome. Selon Spencer et al. (2021), les probiotiques ont parfois même eu des effets indésirables chez les personnes atteintes d'un mélanome sous immunothérapie quand ils ont été administrés en plus d'une alimentation riche en fibres.

Une alimentation comportant une part élevée d'aliments végétaux et fermentés est riche en prébiotiques, (probiotiques) et postbiotiques et peut être combinée à une alimentation hautement énergétique. Dans le cadre d'un conseil diététique soucieux de l'équilibre du microbiome, il est possible d'associer des légumes à des ingrédients ou des sauces caloriques, avec en complément des fruits à coque et des graines. On peut en outre donner la préférence à des sources de protéines végétales et recommander de façon ciblée des sortes de céréales riches en prébiotiques comme l'avoine, l'orge ou le seigle.

Si un apport suffisant en fibres alimentaires ne peut être garanti en raison d'un manque d'appétit ou d'autres limitations, il est possible de prévoir en plus une supplémentation orale. Les FOS et la gomme

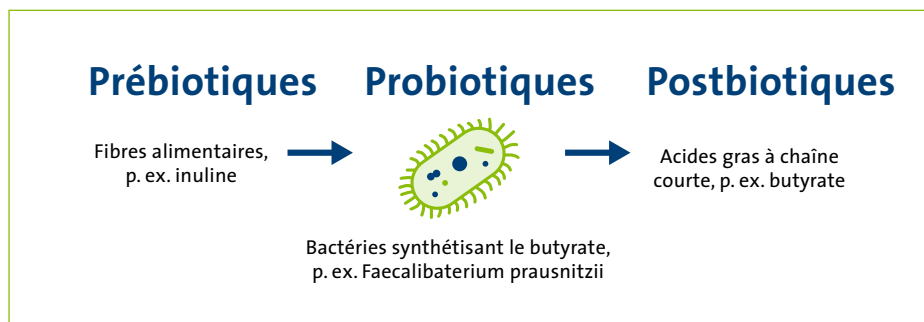


Figure 1

de guar partiellement hydrolysée (PHGG) ont entraîné une amélioration de la consistance et de la fréquence des selles des personnes suivant une radiothérapie dans la zone rectale (9, 10).

Pour favoriser une grande variété de substances végétales secondaires, nous pouvons encourager les personnes concernées à avoir une cuisine de saison et diversifiée. Une recommandation toute simple est de prévoir régulièrement dans son alimentation des baies, des légumineuses, des pousses ainsi que des épices et des herbes.

Additifs et aliments ultra-transformés (AUT)

De plus en plus d'arguments plaident en faveur du fait que les additifs alimentaires et les AUT favorisent les dysbioses et peuvent provoquer des réactions inflammatoires (11, 12). Les aliments buvables (suppléments nutritifs oraux), la maltodextrine et les poudres de protéines

sont également considérés comme des AUT. Une revue de Reivero-Mendoza et al. (2023) a montré que les suppléments nutritifs oraux sont certes efficaces pour traiter la perte de poids involontaire, mais que leur composition ultra-transformée pouvait présenter des risques pour la santé à long terme, notamment à cause de leurs effets négatifs sur le microbiome. Peser le pour et le contre entre recourir aux suppléments nutritifs oraux et encourager des aliments végétaux riches en nutriments, qui soutiennent la diversité du microbiome, la qualité de l'alimentation et la santé en général, est un dilemme clinique.

Conclusion

Une alimentation végétale équilibrée contient des prébiotiques, des probiotiques et des postbiotiques, qui peuvent avoir un effet positif sur le microbiome. Les aliments ultra-transformés et les additifs alimentaires peuvent en revanche favoriser les dysbioses et les inflammations.

Même si les études de qualité dans ce domaine sont encore peu nombreuses, nous pouvons d'ores et déjà donner la priorité à ces connaissances dans le cadre de notre conseil diététique. Cela devrait toujours intervenir selon une approche personnalisée, de façon à influencer positivement l'état nutritionnel, les effets secondaires et la prévention secondaire.

Remarque concernant le congrès Nutrition 2025:

Vous obtiendrez de plus amples informations sur le thème de l'alimentation bénéfique au microbiome lors de Nutrition 2025, dans le cadre duquel Jelina Linder fera un exposé le vendredi 23 mai à 14 h 15 dans la session 10 Oncologie.

Bibliographie voir page 20

Alimentazione benefica per il microbioma in oncologia

Il microbioma ha acquisito importanza in ambito oncologico, perché influisce sul rischio di malattia, sul decorso della terapia e sul follow-up. L'alimentazione è un fattore primario per la modulazione del microbioma, pertanto noi dietiste e dietisti abbiamo il compito di applicare nella pratica le nuove scoperte scientifiche.



Jelina Linder, BSc BFH
Dietista ASDD
Direttrice del servizio di consulenza nutrizionale
Zentrum für integrative
Onkologie (ZIO)
jelina.linder@zio.ch

Correlazione tra microbioma e oncologia

Lo squilibrio del microbioma (disbiosi) è associato a un aumento del rischio tumorale. I

meccanismi d'azione coinvolti sono molteplici: la disbiosi può favorire le infiammazioni croniche, danneggiare il DNA e stimolare la proliferazione cellulare, mentre una barriera intestinale compromessa consente l'ingresso di sostanze cancerogene nel corpo. Inoltre i microbi patogeni producono metaboliti genotossici e influiscono sulle vie di segnalazione cellulari che promuovono lo sviluppo dei tumori. Al contempo questi meccanismi indeboliscono la sorveglianza immunitaria, per cui determinate cellule tumorali possono sfuggire al controllo del sistema immunitario (1).

Molti di questi processi non sono ancora stati studiati a sufficienza e mancano proposte di soluzione generalmente valide. Tuttavia sappiamo già per certo che l'alimentazione può avere un impatto sia positivo che negativo sul microbioma e sulla barriera intestinale (1, 2).

Alla luce di queste conoscenze di base vale la pena intervenire sull'alimentazione per rafforzare il microbioma. Di seguito esamineremo in dettaglio due aspetti che è opportuno considerare nell'ambito della consulenza nutrizionale. Occorre tuttavia garantire che le misure proposte non compromettano l'obiettivo primario di evitare una malnutrizione.

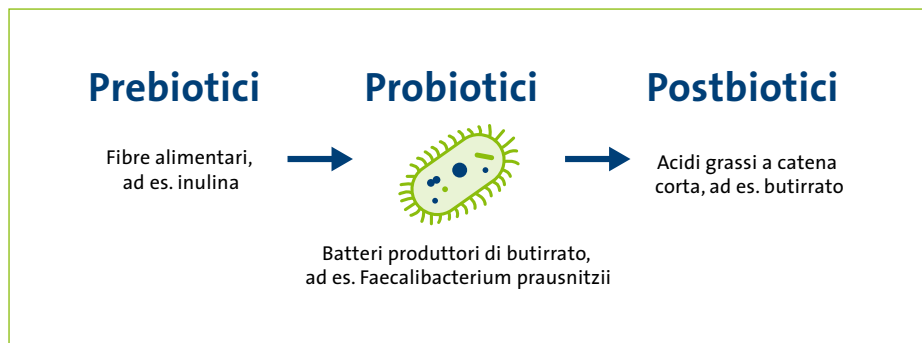


Figura 1

Prebiotici, probiotici, postbiotici

I **prebiotici** sono sostanze alimentari non digeribili che favoriscono la crescita e l'attività di batteri intestinali benefici per la salute. Si tratta ad esempio di alcuni tipi di fibre alimentari – pectina, frutto-oligosaccaridi (FOS) e galatto-oligosaccaridi (GOS) –, di amidi resistenti e betaglucani, ma anche di sostanze vegetali secondarie come i flavonoidi (3, 4).

I **probiotici** sono microrganismi viventi che, in quantità sufficiente, hanno effetti positivi sulla salute. Sono presenti in cibi fermentati come lo yogurt o i crauti oppure possono essere assunti sotto forma di integratori (5).

I **postbiotici**, invece, sono microrganismi non viventi o i relativi prodotti (come neurotrasmettitori, acido lattico, butirrato, propionato, ecc.) che contribuiscono anch'essi a migliorare la salute (6). La figura 1 fornisce una panoramica delle correlazioni tra prebiotici, probiotici e postbiotici.

Gli studi attualmente disponibili (1, 2, 7, 8) mostrano una tendenziale preferenza per i prebiotici e i postbiotici: a differenza dei probiotici, non comportano rischi di infezione per le persone gravemente malate e hanno effetti positivi in termini di risposta immunitaria, proliferazione delle cellule tumorali, apoptosi e composizione del microbioma. Dallo studio di Spencer et al. (2021) è emerso che i probiotici, se aggiunti a un'alimentazione ricca di fibre, possono avere addirittura effetti indesiderati nelle persone con melanoma sottoposte a immunoterapia.

Una dieta ad alto contenuto di alimenti vegetali e fermentati è ricca di prebiotici, postbiotici ed eventualmente di probiotici e si può abbinare a cibi energetici. Quindi, nell'ambito di una consulenza alimentare orientata al benessere del microbioma, le verdure si possono accompagnare a condimenti o altri ingredienti energetici, noci e semi. È inoltre possibile raccomandare alle persone interessate di consumare preferibilmente fonti proteiche vegetali e in modo mirato cereali ricchi di prebiotici come avena, orzo o segale.

Se la mancanza di appetito o altre limitazioni non permettono di garantire un apporto sufficiente di fibre alimentari, è possibile ricorrere alla supplementazione orale. Nelle persone sottoposte a radioterapia nella zona rettale, i FOS e la gomma di guar parzialmente idrolizzata (PHGG) hanno migliorato la consistenza delle feci e la frequenza di defecazione (9, 10).

Per promuovere la varietà delle sostanze vegetali secondarie, possiamo incoraggiare le persone interessate a portare in tavola cibi stagionali e vari, nonché a consumare regolarmente frutti di bosco, verdura verde, legumi, germogli, spezie ed erbe aromatiche.

Additivi e alimenti ultralavorati (UPF)

Ci sono sempre più indicazioni secondo cui gli additivi contenuti negli alimenti ultralavorati (UPF) favoriscono la disbiosi e lo sviluppo di reazioni infiammatorie (11, 12). Sono considerati UPF anche gli alimenti liquidi (ONS), la maltodestrina e le proteine in polvere. Una review di Reivero-Mendoza

et al. (2023) ha evidenziato che gli ONS sono efficaci nel trattamento del calo ponderale involontario, ma a lungo andare i loro ingredienti ultralavorati potrebbero comportare rischi per la salute, in particolare a causa degli effetti negativi sul microbioma. La difficoltà clinica sta nel ponderare l'uso di ONS e una dieta vegetale ricca di sostanze nutritive che promuovono la varietà del microbioma, la qualità dell'alimentazione e la salute generale.

Conclusione

Un'alimentazione equilibrata a base vegetale contiene prebiotici, probiotici e postbiotici, che hanno effetti positivi sul microbioma. Gli alimenti ultralavorati e gli additivi possono invece favorire disbiosi e infiammazioni. Malgrado la scarsità di studi affidabili e significativi, noi dietiste e dietisti possiamo già dare un ordine di priorità in ambito oncologico alle conoscenze acquisite. Come sempre, anche in questo caso è importante adottare un approccio personalizzato per ottenere effetti positivi a livello di stato nutrizionale, effetti collaterali e prevenzione secondaria.

Congresso Nutrition 2025

Potrete approfondire il tema dell'alimentazione benefica per il microbioma durante il Congresso Nutrition 2025. Jelina Linder terrà la sua relazione nell'ambito della sessione 10 di oncologia venerdì 23 maggio alle ore 14.15.

Bibliografia sulla pagina 20



Adrian Rufener

Präsident
Président
Presidente



Liebe Kolleginnen und Kollegen

In einem Monat findet unsere Generalversammlung in Aarau statt, begleitet von einem vielfältigen Rahmenprogramm. Ihr habt noch bis am 28. März die Gelegenheit, euch für diesen Anlass anzumelden. Ich freue mich darauf, möglichst viele Mitglieder des SVDE am 4. April in Aarau zu begrüßen.

Wie ich in meinem letzten «Wort des Präsidenten» ausgeführt habe, sind wir mit all unseren zentralen strategischen Projekten gut auf Kurs. In unserer aktuellen Strategie haben wir im Bereich Arbeitsstandards den Strategieschwerpunkt Qualitätsentwicklung definiert. Unsere Vision ist es, durch gezielte Massnahmen die Qualität der erbrachten Leistungen und das Ansehen des Berufsstandes zu stärken und die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen. Eine strategische Massnahme hierzu ist die Implementierung des NCP und der NCPT. Der NCP und die NCPT stellen einen wichtigen Bestandteil unseres Qualitätsverständnisses dar.

Wir führen aktuell aufgrund einer Gesetzesrevision Verhandlungen über einen neuen Qualitätsvertrag mit den Krankenkassensicherern. Im Rahmen dieser Verhandlungen hat sich gezeigt, dass die Arbeitsweise und die Bestrebungen des SVDE von den Verhandlungspartnern sehr positiv wahrgenommen werden. Besonders hervorgehoben wurde, dass mit dem NCP und der NCPT international anerkannte und evidenzbasierte Arbeitsstandards angewendet werden, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich. Diese Rückmeldungen zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Chères collègues, chers collègues

Notre assemblée générale se tiendra dans un mois à Aarau, avec un programme-cadre varié. Vous pouvez vous y inscrire jusqu'au 28 mars. Je me réjouis d'accueillir le plus grand nombre possible de membres à Aarau le 4 avril prochain.

Comme je l'avais déjà mentionné dans mon dernier «Mot du Président», nous sommes en bonne voie pour l'ensemble de nos grands projets stratégiques. Dans notre stratégie actuelle, nous avons défini le développement de la qualité dans le domaine des standards de travail comme priorité. Notre vision est de renforcer la qualité des prestations fournies et l'image de la profession par des mesures ciblées ainsi que de satisfaire aux exigences légales. Sa concrétisation passe par l'implémentation du PSN et de la TPSN en tant que mesure stratégique. Le PSN et la TPSN représentent un élément important de notre conception de la qualité.

La révision de la loi nous a amenés à négocier une nouvelle convention de qualité avec les assureurs-maladie. Il s'est avéré dans ces négociations que nos partenaires perçoivent très positivement la méthode de travail et les efforts de l'ASDD. Il convient de mentionner tout particulièrement qu'avec le PSN et la TPSN, des standards de travail fondés sur des données probantes et reconnus au niveau international sont appliqués, tant dans le domaine hospitalier qu'en ambulatoire. Ces réactions nous confirment que nous sommes sur la bonne voie.

Care colleghe e cari colleghi

La nostra prossima Assemblea generale avrà luogo il 4 aprile ad Aarau e sarà accompagnata da un ricco programma di attività concomitanti. Il termine ultimo per iscriversi è il 28 marzo. Sarà per me un piacere incontrare i membri dell'ASDD, che spero saranno numerosissimi.

Come vi ho già detto nell'ultimo numero della nostra rivista, tutti i nostri progetti strategici chiave sono sulla buona strada. Nella nostra attuale strategia, abbiamo definito il punto strategico «sviluppo della qualità» per il settore «standard di lavoro», con l'obiettivo di introdurre misure mirate per migliorare la qualità delle prestazioni erogate e la reputazione della nostra professione nel rispetto dei requisiti legali. Una misura strategica a tal fine è l'implementazione dell'NCP e dell'NCPT, che rappresentano una componente importante della nostra idea di qualità.

A causa di una revisione legislativa, stiamo conducendo trattative con gli assicuratori malattie in merito a una nuova convenzione sulla qualità. In tale contesto è emerso che le modalità di lavoro e gli sforzi dell'ASDD vengono recepiti in modo molto positivo dai partner negoziali. È stato sottolineato in particolare che l'NCP e l'NCPT prevedono l'applicazione sia nel settore stazionario che in quello ambulatoriale di standard di lavoro riconosciuti a livello internazionale e basati sull'evidenza. Questi feedback ci fanno capire che siamo sulla strada giusta.



Plutôt cigale ou fourmi ?

**Nos compétences nutritionnelles
s'adaptent à tous les profils.**



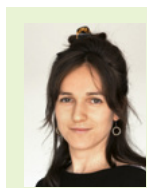
Découvrez des informations spécialisées sur les thèmes de
l'alimentation, du lait et de la santé sur:

swissmilk.ch/nutrition

swissmilk

SVDE-Positionspapier: Ernährungsberatung in nachhaltigen Ernährungssystemen

Das neue Positionspapier «Die Rolle der Ernährungsberatung in der Schweiz in nachhaltigen Ernährungssystemen» beleuchtet die zentrale Bedeutung von Ernährungsfachpersonen in der Transformation hin zu nachhaltigen Ernährungssystemen. Mit einem partizipativen Ansatz laden die Autorinnen die SVDE-Mitglieder dazu ein, aktiv an der Gestaltung einer zukunftsfähigen Ernährung mitzuwirken.



Manuela Jäggi, BSc
Ernährungsbereiterin SVDE
MSc Life Sciences –
Umwelt & Natürliche
Ressourcen, i.A.

Weshalb ein Positionspapier?

Im internationalen Wissenschaftsfeld der Ernährung und Diätetik wird betont, dass sich der Auftrag der Ernährungsberatung im Rahmen heutiger Ernährungssysteme erweitert, da deren Zusammenspiel mit Ernährungsweisen, Zivilisation und Ökosystemen immer besser verstanden wird (1). Neben der Europäischen und der Internationalen Föderation der Verbände der Ernährungsberatenden (EFAD) und (ICDA) haben in den vergangenen 12 Jahren mindestens sechs nationale Berufsverbände nachhaltige Ernährungsweisen und Ernährungssysteme als Teil ihres Tätigkeitsbereichs anerkannt.

Das SVDE-Positionspapier definiert die essenzielle Rolle von Ernährungsfachpersonen in der Schweiz bei der Transformation hin zu nachhaltigen Ernährungssystemen. Es stärkt deren Stellung als zentrale Akteur/innen und bietet eine Orientierung für die Gestaltung von Bildungs- und Beratungsangeboten.

Wer dahintersteckt

Die Erstellung des SVDE-Positionspapiers wurde durch Zusammenarbeit der drei Fachhochschulen BFH, FFHS und HES-SO sowie der SVDE-Fachgruppe «Nachhaltige Ernährungsweisen» initiiert und vom SVDE-Vorstand unterstützt. Die Autorinnengrup-

pe besteht aus Gina Tüfer, Sonja Schönberg, Manuela Jäggi, Nadine Schweiger, Marion Wäfler und Sidonie Fabbi, die das Papier auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und praxisrelevanter Expertise entwickelt haben. Das Papier durchlief einen mehrstufigen Review-Prozess, an dem unter anderem Public Health Schweiz, die GESKES und das Advisory Board der International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) beteiligt waren. Als nächsten Schritt möchten wir die Praxisrelevanz des Papiers gemeinsam mit euch weiterentwickeln.

Grünes Licht vom SVDE-Vorstand

Die ideelle sowie finanzielle Unterstützung des Projekts durch den Vorstand des SVDE unterstreicht die strategische Bedeutung des Positionspapiers. Der Berufsverband richtet sich damit langfristig im Sinne internationaler Entwicklungen der Profession aus.

Einladung zur Mitgestaltung

Ihr seid eingeladen, die Praxisrelevanz des Positionspapiers gemeinsam mit uns an der Generalversammlung (GV) des SVDE 2025 auszugestalten. Zusammen mit der Einladung zur GV des SVDE werdet ihr einen Entwurf des Positionspapiers erhalten, um euch vorgängig ein Bild davon zu machen. Während der GV stellen die Autorinnen das Dokument vor. Im anschliessenden interaktiven World-Café bearbeiten die anwesenden Mitglieder gemeinsam mit den Autorinnen den «Good Practices»-Abschnitt des Positionspapiers. Wir freuen uns sehr auf eure Perspektiven und Ideen zu diesem Abschnitt, um die Relevanz

des Dokuments für eure Praxistätigkeit gemeinsam zu erarbeiten.

Finalisierung im Sommer 2025

Die Ergebnisse der Generalversammlung und des World-Cafés fliessen in die Überarbeitung des Positionspapiers ein. Die Finalisierung des Dokuments ist bis Sommer 2025 vorgesehen. Damit legt der SVDE eine wegweisende Grundlage für die Arbeit der Ernährungsfachpersonen hin zu nachhaltigen Ernährungssystemen in der Schweiz vor.

Gemeinsam für eine nachhaltige Zukunft

Mit dem Positionspapier bekennt sich der SVDE zu seiner Verantwortung, die Transformation hin zu nachhaltigen Ernährungssystemen aktiv mitzugestalten. Es ist ein wissenschaftlich fundiertes und praxisorientiertes Dokument, das die Schlüsselrolle von Ernährungsfachpersonen in diesem Prozess hervorhebt. Das Papier setzt einen starken Impuls, um die Vision einer nachhaltigen Ernährungszukunft in der Schweiz Wirklichkeit werden zu lassen.

Wir freuen uns darauf, an der GV zusammen mit euch einen grossen Schritt auf diese Vision zuzumachen!

Manuela Jäggi, SVDE-Fachgruppe Nachhaltige Ernährungsweisen

Literaturverzeichnis

- 1) Wegener, J., Barbour, L., Carlsson, L., Pettinger, C., Everitt, T., & Meyer, N. (2024). Sustainable food systems education in nutrition and dietetics: an appraisal of the tertiary landscape in multiple countries. *International Journal of Sustainability in Higher Education*. <https://doi.org/10.1108/IJSHE-09-2023-0449>

Prise de position de l'ASDD: le conseil diététique dans les systèmes alimentaires durables

La prise de position récente sur le rôle du conseil diététique dans les systèmes alimentaires durables en Suisse jette un éclairage sur l'importance fondamentale des professionnel-le-s de la nutrition dans la transformation vers des systèmes alimentaires durables. Avec une approche participative, les auteures invitent les membres de l'ASDD à coopérer activement à l'élaboration d'une alimentation porteuse d'avenir.



Manuela Jäggi, BSc
Diététicienne ASDD
MSc Life Sciences –
Environnement et ressources
naturelles (en formation)

Pourquoi une prise de position?

Dans le domaine de la nutrition et de la diététique, on souligne à l'international que face aux systèmes alimentaires actuels, le mandat du conseil diététique s'élargit parce que leur interaction avec les modes d'alimentation, la civilisation et les écosystèmes est toujours mieux comprise (1). En plus de la fédération européenne et de la fédération internationale des associations de diététicien-ne-s, l'EFAD et l'ICDA, au moins six associations professionnelles nationales ont reconnu, au cours de ces douze dernières années, les modes d'alimentation durables et les systèmes alimentaires durables comme faisant partie de leur domaine d'activité.

La prise de position de l'ASDD définit le rôle essentiel des professionnel-le-s de la nutrition en Suisse dans la transformation vers des systèmes alimentaires durables. Elle renforce leur position centrale et offre une orientation pour l'élaboration des offres de formation et de conseil.

Les personnes à l'origine du projet

L'idée de rédiger la prise de position de l'ASDD a été lancée dans le cadre d'une collaboration entre les trois hautes écoles spécialisées (BFH, FFHS et HES-SO) et la groupe spécialisé ASDD Modes d'alimentation durables, puis le projet a été soutenu par le

comité de l'ASDD. Le groupe d'auteures est composé de Gina Tüfer, Sonja Schönberg, Manuela Jäggi, Nadine Schweiger, Marion Wäfler et Sidonie Fabbi, qui ont développé la prise de position en s'appuyant sur les dernières connaissances scientifiques et l'expertise pratique. Le document a subi un processus de révision en plusieurs étapes, dans lequel Santé publique Suisse, la SSNC et l'Advisory Board de l'International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) ont notamment été impliqués. Pour la prochaine étape, nous aimerions développer avec vous la pertinence de la prise de position pour la pratique.

Feu vert du comité de l'ASDD

Ce projet bénéficie du soutien du comité de l'ASDD, tant sur le plan conceptuel que sur le plan financier, ce qui souligne l'importance stratégique de la prise de position. Grâce à celle-ci, l'association professionnelle prend une orientation à long terme qui va dans le sens des évolutions internationales de la profession.

Invitation à participer à l'élaboration

Vous êtes invité-e-s à travailler avec nous sur la pertinence pratique de la prise de position lors de l'assemblée générale (AG) 2025 de l'ASDD. En même temps que l'invitation à l'AG de l'ASDD, vous recevrez une ébauche de prise de position, pour pouvoir vous en faire une idée en amont. Pendant l'AG, les auteures présenteront le document. Lors du world-café interactif qui suivra, les membres présents rédigeront avec les auteures la partie de la prise de position consacrée aux bonnes pratiques. Nous nous réjouissons de prendre connaissance

de vos perspectives et de vos idées sur cette partie, pour que nous puissions travailler ensemble sur la pertinence du document pour votre pratique professionnelle.

Finalisation durant l'été 2025

Les résultats de l'assemblée générale et du world-café seront pris en compte lors du remaniement de la prise de position. Il est prévu de finaliser le document d'ici l'été 2025. L'ASDD posera ainsi un jalon historique dans l'évolution du travail des professionnel-le-s vers des systèmes alimentaires durables en Suisse.

Ensemble pour un avenir durable

Dans cette prise de position, l'ASDD proclame sa responsabilité de contribuer activement à la transformation vers des systèmes alimentaires durables. Il s'agit d'un document reposant sur des bases scientifiques et axé sur la pratique, qui met en évidence le rôle clé des professionnel-le-s de la nutrition dans ce processus. La prise de position offre une solide impulsion pour concrétiser en Suisse la vision d'un avenir alimentaire durable.

Nous nous réjouissons de franchir avec vous, lors de l'AG, une étape importante pour que cette vision devienne réalité.

Manuela Jäggi, groupe spécialisé ASDD Modes d'alimentation durables

Bibliographie voir page 26

Documento programmatico dell'ASDD: la consulenza nutrizionale nell'ambito di sistemi alimentari sostenibili

Il nuovo documento programmatico sul ruolo della consulenza nutrizionale nei sistemi alimentari sostenibili in Svizzera illustra l'importanza fondamentale delle professioniste e dei professionisti della nutrizione nella transizione verso sistemi alimentari sostenibili. Adottando un approccio partecipativo, le autrici invitano i membri dell'ASDD a partecipare attivamente alla definizione di una nutrizione sostenibile.



Manuela Jäggi, BSc
Dietista ASDD
MSc in Life Sciences –
Ambiente e risorse naturali
(studio in corso)

Perché redigere un documento programmatico?

La comunità scientifica internazionale che opera nel campo della nutrizione e della dietetica sottolinea che la consulenza nutrizionale è chiamata ad assumere un compito più ampio nell'ambito dei sistemi alimentari odierni, perché l'interazione di questi ultimi con regimi alimentari, civiltà ed ecosistemi viene compresa sempre più a fondo (1). Oltre alle federazioni europea e internazionale delle associazioni delle dietiste e dei dietisti EFAD e ICDA, negli ultimi dodici anni almeno sei associazioni professionali nazionali hanno riconosciuto i regimi alimentari e i sistemi di alimentazione sostenibili come parte del proprio settore di attività.

Il documento programmatico dell'ASDD definisce il ruolo essenziale delle professioniste e dei professionisti della nutrizione in Svizzera nella transizione verso sistemi alimentari sostenibili. Oltre a promuovere queste figure professionali come attori centrali, fornisce un orientamento per la concezione di offerte di formazione e consulenza.

Chi ha redatto il documento

La redazione del documento programmatico dell'ASDD è stata avviata congiuntamente da tre scuole universitarie profes-

sionali (BFH, FFHS e HES-SO) e dal gruppo specializzato ASDD Regimi alimentari sostenibili e promossa dal Comitato direttivo dell'ASDD. Le autrici – Gina Tüfer, Sonja Schönberg, Manuela Jäggi, Nadine Schweiger, Marion Wäfler e Sidonie Fabbì – hanno elaborato il documento sulla base delle attuali conoscenze scientifiche e delle competenze rilevanti per la pratica. Il documento è stato sottoposto a un processo di revisione a più livelli al quale hanno partecipato organismi come Salute pubblica Svizzera, la SSNC e l'Advisory Board dell'International Confederation of Dietetic Associations (ICDA). Ora desideriamo lavorare con voi per implementare ulteriormente la rilevanza pratica del documento.

Approvazione del Comitato direttivo dell'ASDD

Il fatto che il progetto sia sostenuto a livello concettuale e finanziario dal Comitato direttivo dell'ASDD sottolinea l'importanza strategica del documento programmatico, come strumento che permetterà all'ASDD di contribuire in futuro all'evoluzione internazionale della professione.

Invito a partecipare

Vi invitiamo a partecipare all'Assemblea generale (AG) dell'ASDD 2025, dove lavoreremo insieme sulla rilevanza pratica del documento programmatico. Insieme all'invito all'AG riceverete una bozza del documento, in modo che possiate leggerlo con anticipo e farvi un'idea dei contenuti. Le autrici presenteranno il documento programmatico nel corso dell'AG dopodiché, durante il World-Café interattivo a seguire, i membri presenti redigeranno la sezione «Good Practices» insieme alle autrici. Sarà

un piacere sentire le vostre opinioni e idee su questa sezione del documento ed elaborare insieme un documento rilevante per la vostra attività pratica.

Conclusione dei lavori nell'estate 2025

I risultati dell'Assemblea generale e del World-Café confluiranno nella rielaborazione del documento programmatico, che si prevede sarà pronto per l'estate 2025. Con questo progetto l'ASDD offre a tutte le dietiste e i dietisti una base strategica per lavorare insieme e condurre la Svizzera verso sistemi alimentari sostenibili.

Insieme per un futuro sostenibile

Con questo documento programmatico l'ASDD riconosce di dover contribuire attivamente alla transizione verso sistemi alimentari sostenibili. Si tratta di un documento scientificamente fondato e di taglio pratico che sottolinea il ruolo chiave delle professioniste e dei professionisti della nutrizione in questo processo. Il documento dà un forte impulso per concretizzare la visione di un'alimentazione futura sostenibile in Svizzera.

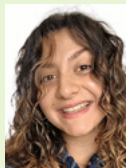
Non vediamo l'ora di lavorare con voi all'AG per fare un grande passo avanti verso questo obiettivo!

Manuela Jäggi, gruppo specializzato ASDD Regimi alimentari sostenibili

Bibliografia sulla pagina 26

Biolebensmittel und Krebs

Nahrungsmittel aus biologischem Anbau werden von Verbraucher/innen als gesünder wahrgenommen als konventionell angebaute (1). Doch welchen Einfluss die Bioernährung auf die Krebsprävention hat, ist komplex und beim Menschen wenig erforscht. Der folgende Artikel möchte Ernährungsberater/innen einen Leitfaden für ihre Patient/innen an die Hand geben und hat dafür die aktuell in Europa verfügbaren Forschungsdaten ausgewertet.



Lilou Coderey, BSc

Ernährungsberaterin SVDE,
BFH Ernährung und Diätetik
lilou.coderey@gmail.com



Sophie Nietlispach, BSc

Ernährungsberaterin SVDE,
BFH Ernährung und Diätetik
sophie.nietlispach@gmail.com

Dr. Dominique Fleury

Assoziierter Professor an der École du Paysage,
d'Ingénierie et d'Architecture (HEPIA) Genf,
Studiengang Agronomie

Dr. Angéline Chatelan

Assistenzprofessorin an der Haute École
de Santé (HEdS) Genf,
Studiengang Ernährung und Diätetik

Krebs ist der Hauptgrund für vorzeitige Sterblichkeit in der Schweiz. Angesichts der steigenden Inzidenz interessieren sich Forschende mehr und mehr für den Einfluss der Ernährung, zum einen als Risikofaktor, zum anderen als modifizierbarer Schutz vor verschiedenen Krankheiten wie auch Krebs (2). Bekannte Risikofaktoren für Krebsarten des Verdauungstrakts sind ein hoher Konsum von ultrahochverarbeiteten Lebensmitteln, Zucker und gesättigten Fetten sowie Alkoholmissbrauch und ein hoher Konsum von Wurstwaren und rotem Fleisch (3). Eine Ernährung, die reich an Früchten, Gemüse und Vollkornprodukten ist, kann hingegen das Risiko für verschiedene Krebsarten senken (4).

Der biologische Anbau unterscheidet sich vom konventionellen durch den Verzicht auf synthetische Pflanzenschutzmittel

(PSM) und Düngemittel (5). Die breite Bevölkerung ist hauptsächlich über die Ernährung biologischen oder synthetischen PSM-Rückständen ausgesetzt, insbesondere durch den Verzehr von Früchten, Gemüse und Getreide aus konventionellem Anbau (6). Die gesundheitlichen Gefahren von PSM konnten in jüngster Zeit wissenschaftlich belegt werden, doch ihr Einfluss auf das Auftreten bestimmter Krebsarten bleibt unklar (7).

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führten wir ein quasi systematisches Review zu folgender Frage durch: «Ernährung aus biologischem vs. konventionellem Anbau: Welcher Zusammenhang besteht mit dem Auftreten bestimmter Krebsarten in Europa?» Wir fanden dazu vier Studien, die wir berücksichtigt haben. Es handelt sich jeweils um Kohortenstudien, zwei davon aus Frankreich aus der Kohorte von NutriNet-Santé (8, 9), eine dritte aus Dänemark (10) und eine vierte aus Grossbritannien (11).

Die vier Studien über den Verzehr von Biolebensmitteln und das Krebsrisiko in Europa kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Vor allem die französischen (8, 9) deuten darauf hin, dass das Risiko auf bestimmte Krebsarten (Brustkrebs und Non-Hodgkin-Lymphom) sinkt. Die anderen Studien wiederum, nämlich die dänische (10) und die britische (11), vermelden entgegengesetzte Ergebnisse mit einem bisweilen erhöhten Risiko für postmenopausalen Brustkrebs und Non-Hodgkin-Lymphom. Anzumerken ist auch, dass die dänische Studie auf ein geringeres Magenkrebsrisiko hinweist (10).

Diese Diskrepanzen verdeutlichen, wie komplex die Zusammenhänge je nach Krebstyp, den eingesetzten PSM und den untersuchten Bevölkerungsgruppen sind,

und erfordern eine nuancierte, kontextbezogene Interpretation. Zudem handelt es sich hier um Beobachtungsstudien, die nur in beschränktem Mass kausale Schlüsse zulassen.

Die aktuellen Studien unterliegen gewissen Einschränkungen. Konsument/innen von Bioprodukten pflegen oft einen generell gesünderen Lebensstil mit ausgewogener Ernährung, regelmässiger Bewegung, weniger Tabak und Alkohol (10, 11). Das verkompliziert die isolierte Betrachtung der Bioernährung und ihrer Effekte. Da sich die Praktiken ausserdem auch innerhalb der Biolandwirtschaft von Land zu Land unterscheiden, sind die Ergebnisse schwer generalisierbar.

Zwei Haupthypothesen könnten eine Schutzwirkung von Bioprodukten erklären:

- Keine biologischen oder synthetischen PSM-Rückstände (12): Sie sind häufiger in konventionell erzeugten Produkten zu finden, in Bioprodukten hingegen nicht oder in geringer Menge. Einige stehen im Verdacht, krebserregend zu sein. Eine geringere Aufnahme könnte positive Effekte haben.
- Höherer Gehalt an Antioxidantien und Polyphenolen (13, 14): Da der Bioanbau natürlichere Wachstumsbedingungen begünstigt, könnte dies die Bildung von Polyphenolen und Antioxidantien anregen. Diese Stoffe wirken potenziell schützend gegen oxidativen Stress – dieser ist an der Entstehung bestimmter Krebsarten beteiligt. Ob Bioprodukte gegenüber konventionellen das bessere Ernährungsprofil haben, ist jedoch bis heute umstritten (15).

Diese Mechanismen sind jedoch bislang nur Hypothesen. Es sind weitere Studien mit Menschen erforderlich, um die Zusammenhänge zwischen Bioanbau, bestimmten Krebsarten und der Gesundheit im Allgemeinen besser zu verstehen.

Ernährungsberater/innen können eine Schlüsselrolle bei der Aufklärung ihrer Pa-

tient/innen über die Vorteile und Grenzen von Biolebensmitteln einnehmen. Hier einige Empfehlungen:

1. Zu einer ausgewogenen Ernährung ermutigen: Wesentlich ist vor allem eine abwechslungsreiche Ernährung mit viel Rohkost (d.h. nicht ultrahochverarbeitet), die reich an Früchten, Gemüse und Vollkornprodukten ist, egal ob bio oder konventionell. Die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung bleiben Priorität.
2. Eine nuancierte Sichtweise auf den Bioanbau behalten: Auch wenn Bioanbau einige Vorteile bieten können, ist zu bedenken, dass es bislang keine ausreichenden Nachweise gibt, dass sie das Risiko auf eine bestimmte Krebsart senken.
3. Lokale und saisonale Lebensmittel empfehlen: Lokale, saisonale Früchte und Gemüse sind nämlich im Allgemeinen reicher an Nährstoffen und Antioxidan-

ten. Das liegt daran, dass sie reif geerntet und danach schnell konsumiert werden (weniger Transport und geringere Lagerzeit).

4. Budget und Gesundheit vereinbaren: Den Patient/innen, die dennoch Früchte und Gemüse aus Bioanbau bevorzugen, kann man raten, zu entsprechenden Tiefkühlprodukten zu greifen, da sie günstiger und länger haltbar sind als frische. Ausserdem sollte man gewisse besonders PSM-belastete Nahrungsmittel wie Beeren und Kräuter lieber aus Bioanbau wählen.

Das Fazit: Ob ein Zusammenhang zwischen dem Verzehr von biologisch angebauten Nahrungsmitteln und der Prävention bestimmter Krebsarten besteht, ist nach wie vor ungesichert. Auch wenn einige Studien auf eine Schutzwirkung hindeuten, handelt es sich vorrangig um Beobachtungsdaten, die gewissen Zerrfaktoren un-

terliegen. Da konkretere Nachweise fehlen, können Ernährungsberater/innen Biolebensmittel zwar als persönliche, individuelle Wahl empfehlen, ohne dies jedoch als erprobte Strategie zur Prävention bestimmter Krebstypen darzustellen. Eine ausgewogene, lokale, saisonale Ernährung mit Nahrungsmitteln aus biologischem und konventionellem Anbau bleibt die Grundlage der Krebsprävention.

Das Literaturverzeichnis kann angefordert werden bei Lilou Coderey und Sophie Nietlispach. Wer sich gerne ausführlicher mit dem Thema beschäftigen möchte, findet weitere Details in unserer Bachelorarbeit, die unter dem QR-Code zur Verfügung steht:



Alimentation biologique et cancers



Lilou Coderey, BSc
Diététicienne ASDD,
HES Nutrition et diététique
lilou.coderey@gmail.com



Sophie Nietlispach, BSc
Diététicienne ASDD,
HES Nutrition et diététique
sophie.nietlispach@gmail.com

Dr Dominique Fleury

Professeur associé Haute École du Paysage, d'Ingénierie et d'Architecture (HEPIA) de Genève, Filière Agronomie

Dre Angéline Chatelan

Professeure assistante Haute École de Santé (HES) de Genève, Filière Nutrition et diététique

Les aliments issus de l'agriculture biologique (AB) sont perçus par les consommateurs comme plus bénéfiques pour la santé, comparés à ceux issus de l'agriculture dite conventionnelle (AC) (1). Cependant, l'effet de consommer des aliments issus de l'AB sur la prévention des cancers reste complexe et peu étudié chez les humains. Cet article examine les données scientifiques disponibles actuellement en Europe dans le but de guider les diététicien-ne-s dans leurs conseils aux patient-e-s.

Face à la hausse de l'incidence des cancers, première cause de mortalité prématurée en Suisse, les chercheurs s'intéressent de plus en plus à l'impact de l'alimentation à la fois comme facteur de risque ou facteur protecteur modifiable contre diverses maladies dont le cancer (2). Les facteurs de risque connus ayant un impact sur les cancers du tube digestif sont: la consommation élevée d'aliments ultra-transformés, de sucres et de graisses saturées, ainsi que l'abus d'alcool et la consommation élevée de charcuteries ou de viande rouge (3). En contrepartie, une alimentation riche en fruits, légumes et céréales complètes

contribue à la réduction du risque de plusieurs cancers (4).

L'AB se distingue de l'AC par l'absence de produits phytosanitaires (PPH) et fertilisants de synthèse (5). Dans la population générale, la principale voie d'exposition aux résidus de PPH (biologique ou synthèse) est l'alimentation, en particulier par la consommation de végétaux (fruits, légumes et céréales) issus de l'AC (6). Dernièrement, la science a permis de démontrer les dangers sanitaires des PPH sur la santé mais reste encore floue sur la survenue de certains cancers (7).

Dans le cadre de notre travail de bachelor, nous avons mené une revue quasi systématique qui répondait à la question suivante: «Alimentation issue de l'agriculture biologique versus conventionnelle: Quelle association avec la survenue de cancers en Europe?» Nous avons trouvé et inclus quatre études, toutes étant des études de cohorte. Deux études sont françaises et issues de la cohorte NutriNet-Santé (8, 9), la troisième est danoise (10) et la quatrième est britannique (11).

Les quatre études sur la consommation d'aliments issus de l'AB et le risque de cancer en Europe montrent des résultats variables. Certaines études, notamment françaises (8, 9), indiquent une réduction du risque pour certains cancers spécifiques (sein et lymphome non hodgkinien). En revanche, d'autres études, par exemple l'étude danoise (10) et britannique (11), rapportent des résultats opposés, avec des risques parfois accrus pour le cancer du sein post-ménopausique et le lymphome non hodgkinien. A noter aussi que l'étude danoise montre une réduction du risque du cancer de l'estomac (10).

Ces divergences mettent en lumière la complexité de cette relation, qui dépend des types de cancers, des PPh utilisées et des populations étudiées, nécessitant une interprétation nuancée et contextuelle. De plus, ces études sont toutes observationnelles, ce qui limite les conclusions causales.

Les études actuelles comportent des limites. En effet, les consommateurs d'aliments issus de l'AB adoptent souvent un mode de vie globalement plus sain (alimentation équilibrée, activité physique régulière, moins de tabac et d'alcool) (10, 11), ce qui complique l'isolement de l'effet de l'AB. De plus, la variabilité des pratiques agricoles entre les pays et même au sein de l'AB rend difficile la généralisation des résultats.

Deux hypothèses principales pourraient expliquer un effet protecteur de l'AB:

- Absence de résidus de PPh (biologique ou synthèse) (12): trouvés plus souvent dans les aliments issus de l'AC, ils sont absents ou présents en moindre quantité dans les aliments issus de l'AB. Certains sont suspectés d'être cancérigènes, et réduire cette exposition pourrait avoir des effets bénéfiques.
- Taux plus élevés d'antioxydants et polyphénols (13, 14): L'AB, favorisant des conditions de croissance plus naturelles, pourrait stimuler la production de polyphénols et d'antioxydants dans les fruits et légumes. Ces composés ont un effet protecteur potentiel contre le stress oxydatif, processus impliqués dans le développement de certains cancers. Toutefois, le meilleur profil nutritionnel de l'AB, comparé à l'AC, reste controversé à ce jour (15).

Ces mécanismes restent toutefois hypothétiques, et des études supplémentaires sont nécessaires chez les humains pour mieux comprendre les liens entre l'AB, certains cancers et la santé en général.

Les diététicien-ne-s peuvent jouer un rôle clé en informant leurs patient-e-s sur les avantages et limites des aliments issus de l'AB. Voici quelques conseils:

1. Encourager une alimentation équilibrée: L'essentiel est de promouvoir une alimentation brute (non ultra-transformée), variée et riche en fruits, légumes et céréales complètes, qu'ils soient issus de l'AB ou de l'AC. Les messages issus des recommandations de la Société Suisse de Nutrition restent prioritaires.
2. Garder une perspective nuancée sur l'AB: Bien que les aliments issus de l'AB puissent présenter certains avantages, il est important de rappeler que les preuves concernant leur effet direct sur la réduction du risque de certains cancers sont encore insuffisantes.

3. Encourager une alimentation locale et de saison: En effet, les fruits et légumes locaux et de saison sont globalement plus riches en nutriments et en antioxydants. Ceci puisqu'ils sont récoltés à maturité et consommés rapidement après la récolte (peu de transport et temps de conservation réduit).
4. Concilier budget et santé: Pour les patient-e-s qui souhaiteraient tout de même consommer des fruits et légumes issus de l'AB, leur conseiller d'acheter ces derniers sous forme surgelés, car le surgelé revient moins cher que le frais et se conserve plus longtemps. De plus, préférer l'AB pour certains aliments les plus exposés aux PPh comme les baies et les herbes aromatiques.

En conclusion, le lien entre la consommation d'aliments issus de l'AB et la prévention de certains cancers est encore incertain. Bien que différentes études suggèrent un effet protecteur, ces données restent principalement observationnelles et influencées par des facteurs de confusion. En l'absence de preuves plus solides, les diététicien-ne-s peuvent proposer l'AB comme un choix personnel et individuel possible, sans pour autant le présenter comme une stratégie avérée pour prévenir certains types de cancers. Une alimentation équilibrée, locale et de saison, qui inclut des aliments issus de l'AB ou de l'AC, reste le fondement de la prévention des cancers.

Il est possible de se procurer la liste de références auprès de Lilou Coderey et Sophie Nietlispach. Les lecteurs souhaitant approfondir ce sujet peuvent se référer à notre travail de bachelor, disponible ici:



Alimentazione biologica e tumori

I consumatori sono convinti che gli alimenti da agricoltura biologica (AB) siano più benefici per la salute rispetto a quelli da agricoltura convenzionale (AC) (1). Ciò nonostante, gli effetti legati al consumo di alimenti da AB sulla prevenzione dei tumori rimangono complessi e poco studiati negli esseri umani. Questo articolo esamina i dati scientifici attualmente disponibili in Europa allo scopo di guidare le dietiste e i dietisti nella loro attività di consulenza.



Lilou Coderey, BSc
Dietista ASDD,
HES Nutrizione e dietetica
lilou.coderey@gmail.com



Sophie Nietlispach, BSc
Dietista ASDD,
HES Nutrizione e dietetica
sophie.nietlispach@gmail.com

Dott. Dominique Fleury

Professore associato, Haute École du Paysage, d'Ingénierie et d'Architecture (HEPIA) di Ginevra, indirizzo Agronomia

Dott.ssa Angéline Chatelan

Professoressa assistente, Haute École de Santé (HEdS) di Ginevra, indirizzo Nutrizione e dietetica

I tumori sono la prima causa di mortalità prematura in Svizzera. Di fronte all'aumento della loro incidenza, i team di ricerca si concentrano sempre più sull'impatto dell'alimentazione, sia come fattore di rischio che come fattore di protezione modificabile associato a diverse malattie tra cui i tumori (2). I fattori di rischio noti che influiscono sui tumori del tratto gastro-intestinale sono il consumo elevato di alimenti ultralavorati, zuccheri, grassi saturi, insaccati e carne rossa e l'abuso di alcol (3). Per contro, una dieta ricca di frutta, verdura e cereali integrali contribuisce a ridurre il rischio di numerose forme di cancro (4).

A differenza dell'AC, l'AB non fa uso di prodotti fitosanitari (PF) e di fertilizzanti sintetici (5). Nella popolazione generale, la principale via di esposizione ai residui di PF

(biologici o chimici) è l'alimentazione, in particolare il consumo di vegetali (frutta, verdura e cereali) da AC (6). Negli ultimi tempi i pericoli per la salute legati ai PF sono stati dimostrati scientificamente, ma per quanto riguarda l'insorgenza di alcuni tumori non ci sono ancora informazioni chiare (7).

Nell'ambito della nostra tesi di bachelor abbiamo condotto una revisione pressoché sistematica per comprendere la correlazione esistente tra l'alimentazione da agricoltura biologica e agricoltura convenzionale e l'insorgenza dei tumori in Europa. Abbiamo reperito e preso in considerazione quattro studi di coorte. Due studi sono francesi e derivati dalla coorte NutriNet-Santé (8, 9), il terzo studio è danese (10) e l'ultimo è britannico (11).

I quattro studi relativi al consumo di alimenti da AB e al rischio di tumori in Europa presentano risultati eterogenei. Alcuni studi, in particolare quelli francesi (8, 9), indicano una riduzione del rischio per alcune forme di cancro specifiche (tumore al seno e linfoma non Hodgkin). Altri invece, come lo studio danese (10) e quello britannico (11), riportano risultati opposti, evidenziando talvolta un rischio accresciuto di tumore al seno nelle donne in postmenopausa e di linfoma non Hodgkin. Va precisato inoltre che lo studio danese mostra una riduzione del rischio di tumore allo stomaco (10).

Queste divergenze mettono in luce la complessità della relazione tra alimentazione e cancro, che dipende dai tipi di tumore, dai PF utilizzati e dalle popolazioni studiate. Per questo è necessario interpretare i dati in modo differenziato e in base al contesto. Gli studi citati sono inoltre tutti osser-

vazionali, il che non permette di trarre conclusioni definitive sui nessi causali.

Gli studi attuali presentano poi dei limiti. Spesso, infatti, chi consuma alimenti da AB segue anche uno stile di vita complessivamente più sano (alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, consumo moderato di tabacco e alcol) (10, 11), per cui è più difficile estrapolare l'effetto dell'AB come singolo fattore. Per di più, la variabilità delle pratiche agricole nei diversi Paesi e anche nell'ambito della stessa AB complica la generalizzazione dei risultati.

Sono due le ipotesi principali che potrebbero spiegare un effetto protettivo dell'AB:

- Assenza di residui di PF (biologici o chimici) (12): si trovano più spesso negli alimenti da AC, mentre sono assenti o presenti in quantità ridotte negli alimenti da AB. Alcuni di questi residui sono considerati cancerogeni sospetti e il fatto di limitare l'esposizione a essi potrebbe avere effetti benefici.
- Maggiore contenuto di antiossidanti e polifenoli (13, 14): l'AB promuove una crescita più naturale e potrebbe quindi stimolare la produzione di polifenoli e antiossidanti nei vegetali. Queste sostanze hanno un potenziale effetto protettivo contro lo stress ossidativo, un processo che contribuisce allo sviluppo di alcuni tumori. Finora, però, non è stato chiarito in via definitiva se il profilo nutrizionale degli alimenti da AB sia effettivamente migliore di quello dei prodotti da AC (15).

I meccanismi descritti rimangono nel campo delle ipotesi ed è necessario condurre ulteriori studi sugli esseri umani per comprendere meglio i legami tra l'AB, alcuni tipi di tumore e la salute in generale.

Le dietiste e i dietisti possono svolgere un ruolo chiave informando le/i pazienti sui vantaggi e i limiti degli alimenti da AB. Ecco alcuni consigli:

1. Promuovere un'alimentazione equilibrata: ciò che conta è favorire il consumo di alimenti naturali (non ultralavorati)

nell'ambito di una dieta varia e ricca di frutta, verdura e cereali integrali, indipendentemente dalla loro origine (AB o AC). I messaggi basati sulle raccomandazioni della Società Svizzera di Nutrizione rimangono prioritari.

2. Mantenere un certo spirito critico nei confronti dell'AB: anche se gli alimenti da AB possono presentare dei vantaggi, è importante ricordare che non esistono ancora prove sufficienti in merito al loro impatto diretto sulla riduzione del rischio di alcuni tipi di tumore.
3. Promuovere il consumo di alimenti locali e stagionali: la frutta e la verdura di provenienza locale sono effettivamente più ricche di nutrienti e antiossidanti. Questo perché vengono raccolte a piena maturazione e consumate nel giro di

poco tempo (trasporti brevi e periodo di conservazione ridotto).

4. Conciliare budget e salute: alle/ai pazienti che desiderano comunque consumare frutta e verdura da AB è bene consigliare l'acquisto di prodotti biologici surgelati, che sono meno costosi di quelli freschi e si conservano più a lungo. Inoltre è opportuno preferire l'AB per gli alimenti più esposti ai PF, come i frutti di bosco e le erbe aromatiche.

Per concludere, la correlazione tra il consumo di alimenti da AB e la prevenzione di alcuni tipi di tumore è ancora incerta. Diversi studi suggeriscono un effetto protettivo associato ai prodotti biologici, ma si tratta perlopiù di dati osservazionali e influenzati da fattori confondenti. In assenza

di prove più solide, le dietiste e i dietisti possono proporre l'AB come possibile scelta personale e individuale, evitando però di presentarla come una strategia di comprovata efficacia per prevenire alcuni tipi di tumore. Una dieta equilibrata a base di alimenti locali e stagionali provenienti da AB o AC rimane il pilastro fondamentale della prevenzione dei tumori.

È possibile richiedere l'elenco dei riferimenti bibliografici a Lilou Coderey e Sophie Nietlispach. Chi desidera approfondire l'argomento può trovare maggiori dettagli nella nostra tesi di bachelor, disponibile qui:



Bevorstehende SVDE-Fortbildungen Prochaines offres ASDD de formation continue

Generalversammlung SVDE mit Rahmenprogramm 2025

Datum: 04.04.2025

Anmeldeschluss:

Sie können sich bis spätestens am 28. März 2025 für die Generalversammlung SVDE mit Rahmenprogramm 2025 anmelden.

Austragungsort:

kultur & kongresshaus aarau,
Schlossplatz 9, 5000 Aarau

SVDE-Punkte: 7 SVDE-Punkte

**Rahmenprogramm inkl. Mittagessen –
Teilnahme ist kostenlos!**

Assemblée générale avec programme-cadre 2025

Date: 04.04.2025

Délai d'inscription:

Vous pouvez vous inscrire à l'événement jusqu'au 28. mars 2025 au plus tard.

Lieu:

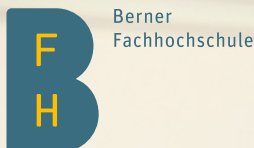
kultur & kongresshaus aarau,
Schlossplatz 9, 5000 Aarau

Ponts ASDD: 7 points ASDD

**Programme-cadre incluant le déjeuner –
participation gratuite!**

www.svde-asdd.ch > Bildung
> Fortbildungsangebot
> SVDE-Kurse

www.svde-asdd.ch > Formation
> Offre de formation continue
> Cours ASDD



Berner
Fachhochschule



Weiterbildung Ernährung und Diätetik an der BFH

CAS Nachhaltige Ernährung

⇨ Start im September 2025

CAS Adipositas **NEU**

Wählen Sie einen der Schwerpunkte «Ernährungspsychologie» oder «Beratungspsychologie»
⇨ ab Oktober 2025 Einstieg mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich

CAS Angewandte Ernährungspsychologie

⇨ Start im Oktober 2025

CAS Essstörungen **NEU**

Wählen Sie einen der Schwerpunkte «Ernährungspsychologie» oder «Beratungspsychologie»
⇨ ab Oktober 2025 Einstieg mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich

CAS Interprofessionelle Ernährungsmedizin **NEU**

⇨ Start im November 2025

Weitere Informationen und Anmeldung:
bfh.ch/weiterbildung/ernaehrung

► Gesundheit



KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
17.03.2025	Online	Ernährungstherapie nach der Adipositas-OP: Vermeidung von Beschwerden und Nährstoffmängeln	3
17.03.2025	Online	Osteoporose für Ernährungsfachkräfte	3
17.03.2025	Online	Diabetes Typ III und Ernährung in der TEN	6
18.03.2025	En ligne	MOOC – «Une image corporelle positive pour toutes et tous: comprendre et agir»	15
19.03.2025	Bern	Übergewicht und Adipositas: Praxisnahe Strategien für den Beratungsalltag – Ein Fortbildungsabend zur ganzheitlichen Betrachtung des Gewichtsmanagements aus medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Sicht	2
19.– 22.03.2025	Innsbruck	40. Jahrestagung der Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung	15
20.03.2025	Zürich	Die Gewaltfreie Kommunikation und ihre Anwendung in Beratung und Therapie	8
20.03.2025	St. Gallen	Übergewicht und Adipositas: Praxisnahe Strategien für den Beratungsalltag – Ein Fortbildungsabend zur ganzheitlichen Betrachtung des Gewichtsmanagements aus medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Sicht	2
20.03.– 18.12.2025	Zürich	Weiterbildung Dipl. Coach für Autogenes Training	18
20.03.2025	En ligne	La nutrition par sonde à domicile et en institutions	2
21.03.2025	Online	Treffpunkt Esstisch: Die Dos and Don'ts der Kinderernährung und Ernährungserziehung	3
21.– 22.03.2025	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	12
21.– 22.03.2025	Online	Emotionales Essen – Teil 1: Einführung	14
21.03.– 07.04.2025	Online	Entzündliche Magen-Darm-Beschwerden weiterdenken	11
22.03.2025	Online	Zyklusfood	4
22.03.2025	Wädenswil	Einführung in die Orthomolekulare Therapie (Basis-Schulung)	6
22.03.– 15.06.2025	Einsiedeln	Weiterbildung Fachberater/in Mikrobiom und Metabolom	18
23.03.2025	Online	Projektmanagement für Ernährungsfachkräfte-Struktur und hilfreiche Tools für organisatorische Aufgaben	7
24.03.2025	Online	Säure-Basen-Haushalt und Osteoporose	3
24.03.2025	Online	Biochemie des Gleichgewichts: Der Säure-Basen-Haushalt im Fokus	1
25.03.2025	Zürich	Die Leber, die 2. Kochung in der TEN	6
25.03.2025	En ligne	Nutrition et supplémentation de la préconception	7
25.03.– 01.04.2025	Bellinzona	Disfagia e alimentazione – Riconoscere e gestire	6
26.03.2025	Olten	«Das habe ich vorher noch nie gemacht, deswegen bin ich völlig sicher, dass ich es schaffe» – Selbstwirksamkeitserwartung in der Ernährungsberatung erkennen und stärken	7
27.03.2025	Online	Superfoods – Ist da was dran?	2
27.03.2025	Genève	Journée de Nutrition clinique	7
27.03.2025	En ligne	Alimentation anti-inflammatoire: comment faire le tri parmi les injonctions?	Pas de points
27.–28.03.2025	En ligne	Nutrition et supplémentation de la chirurgie bariatrique	7
27.03.–10.04.2025	Online	Arztberichte «richtig» schreiben	5
28.03.2025	Online	Nicht nur relevant bei Gicht – Harnsäure als wichtiger metabolischer/kardiovaskulärer Risikofaktor	3
28.–29.03.2025	Online	Laborwerte richtig interpretieren	12
28.–29.03.2025	Online	Grundlagenseminar: Motivational Interviewing in der Ernährungsberatung	11
28.–29.03.2025	Kriens	Das Mikrobiom in 2 Tagen, Basis- und Spezialseminar	12
29.03.2025	Online	Klicks statt Kalorien: Wie du als Ernährungsfachkraft Social Media für deine Ziele endlich nutzen kannst, Einführung	3
31.03.2025	Online	Ernährungsdiagnosen professionell erstellen	7
01.04.2025	Online	Pharmakotherapie bei Adipositas	3
01.04.2025	Lausanne	Colloque alimentation: Qualité nutritionnelle des aliments pour enfants présents sur le marché suisse	1

Alle Kurse und Details finden Sie auf unserer Webseite unter Bildung/Fortbildungsangebot.

Vous trouverez tous les cours et les détails sur notre site web sous Formation/Offre de formation continue.

Tutti i corsi e i dettagli sono disponibili sul nostro sito web alla Formazione/Offre de formation continue (FR).





IMPACT®

Klinisch geprüfte
Ernährungslösungen
zur Reduzierung von
postoperativen Komplikationen¹
und Spitalaufenthaltsdauer²

*Les solutions nutritionnelles
cliniquement prouvées pour
réduire les complications
postopératoires¹ et la durée
de séjour à l'hôpital²*

NEU
Vanillearoma
NOUVEAU
Arôme Vanille



Von der Grundversicherung für medizinische Indikationen gemäss GESKES Richtlinien rückerstattet.
Remboursés par l'assurance de base pour les indications médicales conformément aux directives de la SSNC.

IMPACT-Produkte sind Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke.
Les produits IMPACT sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales.

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

1. Waitzberg DL et al. Postsurgical infections are reduced with specialized nutrition support. World J Surg. 2006 Aug; 30(8):1592-604.
2. Drover JW et al. Perioperative use of arginine-supplemented diets: a systematic review of the evidence. J Am Coll Surg. 2011 Mar; 212(3):385-99, 99 e1.

 **Nestlé**
HealthScience®

Free From: unbeschwert geniessen.

Mehr als
600
gluten- und
lactosefreie
Produkte



Seit über 15 Jahren finden Sie bei Coop das grösste gluten- und lactosefreie Sortiment der Schweiz.

coop

Für mich und dich.