TIL DEG SOM ER PASIENT

Myter og fakta om kosthold og IBD

FORFATTERE:

SVEIN OSKAR FRIGSTAD
Seksjonsoverlege, Medisinsk avdeling,
Vestre Viken Bærum sykehus,
Leder Norsk Selskap for Klinisk Ernæring (NSKE)

BRITA HAUGUM
Klinisk ernæringsfysiolog ved
Akershus universitetssykehus

TINE HOLLER
Klinisk ernæringsfysiolog ved
Oslo universitetssykehus, Ullevål

IBDinfo.no

KAPITTEL 1
Hva er IBD?

Hva er inflammatorisk tarmsykdom (IBD)? 8
Hvordan stilles diagnosene innen IBD? 8
Kort om behandling 9
Årsak til IBD og kostholdets påvirkning 9

KAPITTEL 2
Introduksjon til kosthold og ernæring ved IBD

Hva skal jeg spise når jeg har IBD? 12
Finnes det en IBD kostplan? 12
Er det ulike kostråd til pasienter med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt? 12
Kan endring i kosten redusere betennelsen i tarmen? 13
Kan kostholdet bidra til å redusere symptomer ved IBD? 13
Unngå underernæring og mangeltilstander 14
Behandling av IBD med flytende kost (EEN) 14
Crohns Disease Exluson Diet (CDED) 14
Andre dietter ved IBD 15

KAPITTEL 3
Hvordan kan kostholdet bedre tarmsymptomer?

Lav FODMAP-dietten 18
Kosthold med lav FODMAP 20
Lav FODMAP ved IBD 21

KAPITTEL 4
Underernæring og vekttap ved IBD

Hvordan unngå vekttap og underernæring 24
Risiko for vektøkning 26

KAPITTEL 5
Typiske kostutfordringer ved IBD

Mangeltilstander 30
Vitamin D og IBD 30
Kalsium og benhelse 30
Jernmangel og anemi 32
Vitamin B12 33
Variert kosthold og andre tilskudd 33

KAPITTEL 6
Hva kan jeg spise etter at jeg har hatt en operasjon i tarm?

Kosthold etter operasjoner 36
Kosthold med stomi og reservoar 36
Kosthold ved trange partier eller innsnevringer i tarmen 37

KAPITTEL 7
Spørsmål og svar

Gluten, bør jeg leve uten? 40
Fett er ikke «ett fett» 40
Fisk og omega-3 40
Hvorfor anbefales mindre rødt kjøtt? 40
Grovt eller fint brød? 43
Laktose og melkeprodukter 45
Bør jeg spise mindre sukker? 46
Bør jeg slutte å drikke kaffe? 48
Kan jeg drikke alkohol? 50
Hva med tilsetningsstoffer? 50
Kan jeg følge et vegetarisk kosthold? 50
Hvilken rolle spiller probiotika? 51
Hvorfor fungerer det dårlig å gå uten mat en hel dag? 52
Råd når du spiser ute eller er på reise 52

Referanser 55

Forord

Pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD) har ofte spørsmål om kosthold. Et vanlig spørsmål helsepersonell får er 'Hva kan jeg spise?', og ofte finnes ikke alle svarene. Det forskes mye på betydningen av kosthold ved tarmsykdommer, men effekt av dietter er ofte vanskelig å studere.

I denne brosjyren tar vi for oss noen aspekter ved kosthold og ernæring ved IBD. Vi ønsker at brosjyren skal gi faglig informasjon og samtidig være en praktisk veiledning i hverdagen. Brosjyren er ment for pasienter og pårørende til pasienter med IBD.

IBD omfatter ulcerøs kolitt (UC) og Crohns sykdom. Begge sykdommene er forbundet med kronisk betennelse i mage-tarmsystemet og har et varierende og ofte uforutsigbart forløp. Alvorlighetsgraden varierer fra person til person og kan endre seg over tid. Betennelsen oppstår hos pasienter som har arveanlegg for IBD, og ulike faktorer kan, i et komplekst samspill, være med på å utløse denne immunresponsen.

Mange kjenner til at en flytende spesialdiett benyttes som behandling ved IBD hos barn og unge. Spørsmålet mange stiller seg er hvordan ulike dietter kan påvirke inflammasjon og symptomer ved IBD også hos voksne. Sykdomsmekanismen ved IBD er sammensatt, men vi tror at kosthold kan være en del av forklaringen på økt forekomst av IBD i ulike deler av verden. Blant annet påvirker kosthold immunsystemet og sammensetning av bakteriefloraen i tarmen og kan på denne måten påvirke balansen mellom signalstoffer som utløser og hemmer immunaktiviteten. Det forskes på om ulike kosthold eller komponenter i kostholdet kan fremme eller hemme tarmbetennelse. Det må imidlertid flere og mer entydige forskningsresultater til, før dette eventuelt munner ut i nye anbefalinger.

Det er viktig å få i seg nok mat og drikke, slik at kroppen får den næring og energi den behøver, og at eventuelle mangeltilstander avdekkes og behandles ved IBD. Hvordan og hva man spiser vil også kunne påvirke og bidra til å lindre symptomer ved IBD. Vi håper at vi med denne brosjyren kan komme med noen gode råd og en faglig oppdatering som dere kan ha nytte av og diskutere med behandlere på sykehuset eller fastlegen.

Svein Oskar Frigstad
Redaktør
Seksjonsoverlege, Medisinsk avdeling,
Vestre Viken Bærum sykehus
Leder, Norsk Selskap for Klinisk Ernæring (NSKE)

KAPITTEL 1

Hva er IBD?

Under følger en kort forklaring på hva IBD er, hvordan diagnosen stilles, kort om behandling, og litt om årsak og kostholdets påvirkning av tarmsykdommen.

Hva er inflammatorisk tarmsykdom (IBD)?

Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) er en gruppe kroniske betennelses-sykdommer som affiserer mage-tarmkanalen. De to hoveddiagnosene er ulcerøs kolitt (UC) og Crohns sykdom (CD). Begge sykdommene er forbundet med kronisk betennelse i mage-tarmsystemet og har et varierende og ofte uforutsigbart forløp. Forekomsten av IBD har vært økende i hele den vestlige verden i de siste tjue år.

Alvorlighetsgraden varierer fra person til person og kan endre seg over tid. Ved UC er inflammasjonen lokalisert i tykktarmen, mens CD kan affisere alle deler av mage-tarmkanalen. Vanlige symptomer er hyppige avføringer, tarmblødning, magesmerter, redusert allmenntilstand, vekttap og fatigue (vedvarende utmattelse).

Symptomene varier fra helt mild sykdom til akutt, alvorlig tarmbetennelse.

Hvordan stilles diagnosen innen IBD?

Diagnosen stilles samlet ved klinisk vurdering, endoskopi, vevsprøver og radiologiske funn. Symptomer kartlegges ofte ved skåringskjema som omfatter pasientens egen rapportering sammen med en forenklet vurdering fra lege. Ved koloskopi eller andre endoskopiske undersøkelser kan betennelsesaktiviteten i mage- og tarmkanalen undersøkes direkte.

Kalprotektin i avføring gjenspeiler betennelsesaktiviteten i tarmen og brukes både i diagnostikk og til monitorering av sykdomsaktivitet. MR og videokapsel benyttes til å påvise sykdomsaktivitet i tynntarmen, og i tillegg benyttes ofte MR til å kartlegge komplikasjoner i bekkenet, slik som fistler og abscesser. Mange pasienter har dessuten såkalte ekstraintestinale manifestasjoner som er tilstander utenfor tarmen, for eksempel rygg- og leddsmerter, hudutslett, øyebetennelser, sår i munnen og bensykdom.

Kort om behandling

Det finnes fortsatt ingen behandling som kurerer IBD, og tarmsykdommen er i prinsippet altid kronisk. Behandlingen består av ulike medikamenter som demper betennelse og reduserer symptomer. Mange pasienter med IBD, spesielt de med CD, vil trenge kirurgisk behandling. Sykdommens forløp og prognose kan man ikke vite hos den enkelte pasient, og all behandling må derfor tilpasses og skreddersys slik at den blir mest mulig effektiv uten uønskede bivirkninger.

Årsak til IBD og kostholdets påvirkning

Sykdomsårsakene involverer både miljøfaktorer, arvelighet og bakterie-sammensetningen i tarmen (mikrobiota). En hypotese er at kosthold, gjennom å påvirke sammen-setningen av bakteriefloraen i tarmen, kan tenkes å påvirke balansen mellom signalstoffer som utløser og hemmer immunaktiviteten.

Det er stor interesse rundt kostfaktorer og dietter som potensielt kan redusere inflammasjon eller symptomer ved IBD. Underernæring er vanlig ved både UC og CD. Fokus på ernæring ved IBD må derfor alltid omfatte råd som forebygger sykdomsrelatert underernæring og mangeltilstander. En diett må derfor ikke være for streng, og god opplæring er et helt sentralt element i omsorgen for pasienter med IBD. Mangeltilstander bør overvåkes, forebygges og behandles for å unngå komplikasjoner som for eksempel jernmangel, bensykdom, fatigue og smerter.

KAPITTEL 2

Introduksjon til kosthold og ernæring ved IBD

Når man har fått diagnosen ulcerøs kolitt (UC) eller Crohns sykdom (CD), har man kanskje allerede tenkt litt på om eller hvordan kostholdet kan påvirke sykdommen. Informasjonen kan være overveldende. Vi vil forsøke å gi deg noen svar på hva du kan spise, om det finnes en kostplan for alle, eller om kostholdet kan være med på å opprettholde betennelsestilstanden.

Hva kan jeg spise når jeg har IBD?

IBD omfatter sykdommene Crohns sykdom og ulcerøs kolitt. IBD kan gi symptomer som magesmerter, diare, kvalme, oppkast og luftplager. Symptomene i seg selv kan være med på å påvirke næringsinntak og fordøyelsen.

Generelt tenker man at pasienter med CD er en mer sårbar gruppe enn UC med tanke på ernæringsstatus, siden betennelsen ofte rammer hele eller deler av tynntarmen, hvor de fleste næringsstoff absorberes. Kostråd ved de to sykdommene kan derfor være ulike.

De generelle kostrådene, som sikkert mange er godt kjent med, gjelder i utgangspunktet også ved IBD:

- Spise ofte og regelmessig
- Forsøke å inkludere mat fra alle matvaregruppene
- Fokuser på tygging
- Ha ro rundt måltidet
- Begrens inntak av drikke når du spiser

Finnes det en IBD kostplan?

Det finnes svært mange kostråd og ulike dietter som blir forsøkt som en del av behandlingen. Så langt har ikke forskerne funnet en fast diett eller kostplan som anbefales ved IBD. Inflammatoriske tarmsykdommer rammer pasientene på ulike måter. Tarmsykdommen kan ramme ulike deler av tarmsystemet og variere fra person til person. Noen vil være i større risiko for å bli underernærte. Det vil derfor bli for begrensende bare å ha én kostplan for IBD, og kostrådgivning bør individualiseres avhengig av symptombilde og sykdomsaktivitet.

Er det ulike kostråd til pasienter med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt?

Generelt vil CD ofte ha større innvirkning på ernæringsstatus, spesielt når tynntarmen er affisert. Årsaken til dette er at hoveddelen av næringsstoffer tas opp i tynntarmen. Ved sykdomstilstander her vil det være økt fare for malabsorpsjon, altså at næringsstoffene ikke blir tatt opp som normalt i tarmen.

Ved UC kan man også få redusert opptak selv om sykdommen bare rammer tykktarmen. Tykktarmen har en mindre viktig rolle i næringsopptaket, men kan påvirke hvor fort maten beveger seg gjennom tarmene og er viktig for tilstrekkelig væskeopptak. Ved alvorlig sykdom og hyppige, blodige tømninger kan også personer med UC komme i en energi-ubalanse og tape vekt.

Kan endring i kosten redusere betennelsen i tarmen?

Det er lansert flere teorier rundt en mulig antiinflammatorisk diett. Inflammasjon er det samme som betennelse. Siden IBD er en betennelsessykdom, lurer naturlig nok mange med IBD på om en slik diett kan hjelpe dem. Det er vist at flytende diett kan gi tilheling av tarmslimhinnen hos barn, og såkalt CDED (Crohns Disease Exlusion Diet) synes å ha tilsvarende effekt. Mekanismene for denne effekten er ikke helt klarlagt. Foreløpig er det ikke nok vitenskapelig dokumentasjon, verken om virkning eller eventuelle bivirkninger, til at råd om ulike antiinflammatoriske dietter er en del av den etablerte kostveiledningen i helsetjenesten.

Kan kostholdet bidra til å redusere symptomer ved IBD?

Mange med IBD har vedvarende tarmsymptomer selv om sykdommen er godt behandlet. Slike symptomer kan noen ganger lindres ved hjelp av endring i kostholdet. Flytende kost og strukturerte eksklusjonsdietter er som nevnt vist å kunne redusere både symptomer og inflammasjon ved IBD.

I tillegg kan enkelte matvarer eller matvarekomponenter gi fordøyelses-problemer.

Ved betennelse i tarmen kan man oppleve tarmplager som diaré, hyppigere tarmtømminger, gass, oppblåsthet eller forstoppelse. Kjemiske bestanddeler eller fysiske strukturer i maten kan påvirke tarmens evne til å ta opp næringsstoffer, vann og salter fra maten, og kan påvirke tarmsymptomene.

Det kan i slike tilfeller være hensiktsmessig å begrense eller unngå slike matvarer i perioder med høy sykdomsaktivitet. Det vil være individuelt hva slags symptomer den enkelte har, hvilke tiltak som demper symptomer, og hva slags mat som tolereres. Symptomer og effekt av tiltak varierer også hos en og samme person over tid. Derfor er det viktig å kartlegge systematisk om, og i tilfelle hvilke, matvarer som forverrer eller lindrer symptomer. Det er samtidig viktig å gjøre matvarevalg som sikrer et tilstrekkelig næringsrikt kosthold, og som hindrer mangeltilstander og støtter opp om nødvendig tilheling av tarm. Et viktig mål ved å justere kostholdet er å begrense diaré. Det vil sørge for stabile nivå av salter i blodet, og ellers energi og næringsstoffer, samt væske.

Unngå underernæring og mangeltilstander.

Underernæring er vanlig forekommende ved IBD. I tillegg til betennelsen i seg selv, kan symptomene som diare, smerter, kvalme og oppkast, blødninger og endret tarmbevegelse bidra både til at en spiser mindre og til at kroppen ikke får nyttiggjort seg ordentlig det en spiser. Vekttap og underernæring kan være årsak til mangel på næringsstoffer som protein og energi, samt vitaminer og mineraler som er viktige for at kroppen skal fungere godt. Ved underernæring kan tap av muskelmasse og mangel på næring gjøre at man føler seg svak og tappet for energi. Det er derfor viktig å ha og opprettholde et næringsrikt og variert kosthold. På denne måten kan overskuddet øke og kroppen er bedre rustet til å takle betennelse og andre påkjenninger. Mangeltilstander er viktig å forebygge og behandle, og noen ganger er ekstra tilførsel nødvendig. Dette gjennomgås nærmere i kapittel 6.

Behandling av IBD med flytende kost (EEN).

Ved CD kan behandling med flytende kost redusere betennelse og gi tilheling av tarmslimhinnen. Flytende kost kan bestå av næringsdrikker eller gis via sonde i 6-8 uker. Hos barn med nydiagnostisert CD er eksklusiv flytende kost, Exclusive Entral Nutrition (EEN) førstevalg for behandling av aktiv sykdom. Slik ernæringsbehandling er gunstig for å utsette eller unngå bruk av steroider, noe som er særlig viktig hos barn i vekst. Voksne kan også ha effekt av EEN, men behandlingen kan være vanskelig å gjennomføre. Denne typen ernæringsbehandling foregår under tett oppfølging fra lege og ernæringsfysiolog på sykehus.

Crohn`s Disease Exclusion Diet (CDED)

Som et alternativ til EEN er det utviklet en diett som skal virke hemmende på betennelsen i tarmen. Tanken med dietten er å tilføre matvarer som antas å være gunstige, og fjerne matvarer som antas å være ugunstige. Klinisk utprøving viser positive resultater.

Dietten inneholder enkelte matvarer som tenkes å forhindre forstyrrelser i bakteriesammensetningen i tarmen (dysbiose) og samtidig forbedre ernæringsstatus, for eksempel ved tilførsel av fiber fra frukt og grønnsaker. I dietten utelates blant annet animalsk fett, melkeprodukter, gluten og emulgatorer som muligens kan påvirke tarmslimhinnen. Dietten som helhet ser ut til å redusere tarmbetennelse uten at vi vet hva med dietten som har effekt.

Det foreligger for lite forskning på CDED til at dietten kan inkluderes i retningslinjer om behandling ved IBD, men den forsøkes under kontrollerte

Matvarer som bør økes	Matvarer som bør reduseres
Frukt, grønnsaker og resistent stivelse	Animalsk fett og andre kilder til mettet fett
Sunne stykker av kjøtt og andre proteinvarer	Taurin
Tilstrekkelig innhold av komplekse karbohydrater	Hvete
Sunne fettkilder	Jern
	Emulgatorer (stabilistator)
	Maltodextrin (stivelse, fyllstoff) • Carregenan (stabilistator) • Sulfitt • Melkeprodukter

Tabellen viser Crohn`s Disease Exclusion Diet (CDED)

former ved noen sykehus, både hos barn og voksne. Praktisk gjennomføring av dietten bør foregå under veiledning av lege eller klinisk ernæringsfysiolog som har erfaring med denne, for å sikre tilstrekkelig næringsinntak.

Andre dietter ved IBD

I tillegg til EEN og CDED har andre dietter vært utviklet og forsøkt. Fellestrekk for flere av diettene er:

- Redusere enkelte typer karbohydrater
- Bruk av pre- og probiotika
- Redusere totalmengden fett i kosten, samt mettet fett, og øke inntaket av omega-3 fettsyrer
- Tilpasse matkonsistens

Det finnes ikke god nok dokumentasjon på at noen av disse kan anbefales ved IBD. En sammenligning av ulike dietter viser at verken IgG4-dietten, IBD-Aid eller reduksjon av rødt kjøtt i kostholdet gir ønsket effekt ved IBD.

Diettene SCD (Specific Carbohydrate Diet) og CD-TREAT har i studier begge vist reduksjon av tarmbetennelse (målt ved kalprotektin i avføring). Det finnes ikke tilstrekkelig dokumentasjon til at disse diettene kan anbefales som behandling ved IBD.

KAPITTEL 3

Hvordan kan kostholdet bedre tarmsymptomer?

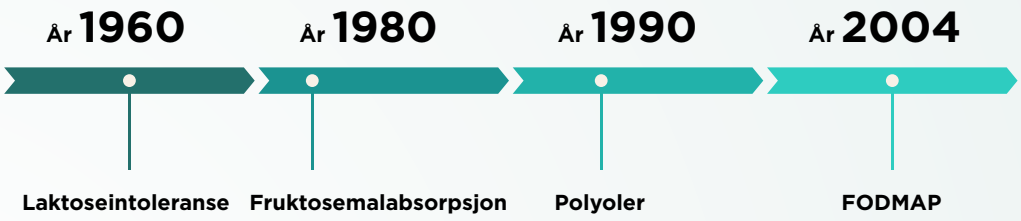
Det finnes ulike kostråd for å lindre tarmsymptomer ved IBD. Mange av disse rådene har det fellestrekk at enkelte matvarer eller ingredienser begrenses for å redusere mageplager som diare, luftsmerter eller mageknip. Kostrådene anbefaler begrenset inntak av tungt fordøyelige karbohydrater. Lav FODMAP-dietten er et eksempel på dette.

Lav FODMAP-dietten

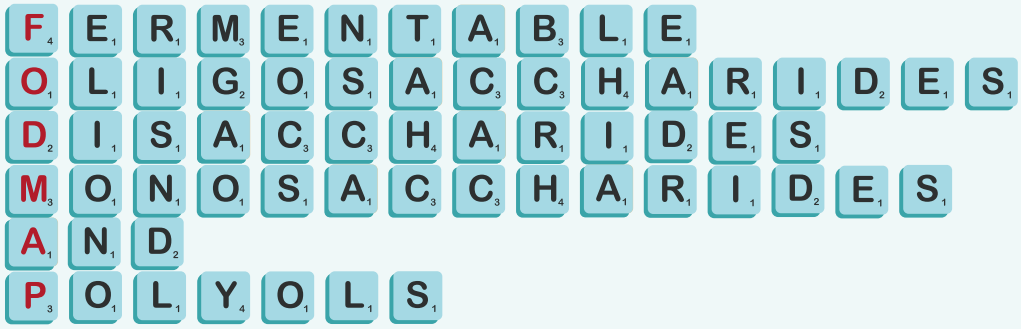
Lav FODMAP-dietten er basert på kjente prinsipper i behandling av pasienter med tarmsykdom. Dietten er derfor ikke ny, men egentlig tradisjonell kunnskap satt i system. Dietten ble først navngitt av en forskergruppe i Australia tidlig på 2000-tallet og har siden blitt benyttet som et praktisk verktøy for å minske tarmsymptomer ved irritabel tarmsyndrom (IBS). Mange pasienter med IBD, har også tarmsymptomer som ved IBS selv om sykdommen ellers er godt behandlet. Ulike matvarer og matvareingredienser kategoriseres etter stor (høy FODMAP) eller liten evne (lav FODMAP) til å gi tarmsymptomer.

FODMAP er en forkortelse for Fermenterbare, Oligosakkarider, Disakkarider, Monosakkarider og Polyoler. Dette er grupper av karbohydrater som vi finner i ulike matvarer i kostholdet vårt. Disse karbohydratene er tungt fordøyelige, absorberes utilstrekkelig i tarmen, og omsettes (fermenteres) av tarmbakteriene. I møte med tarmbakteriene har disse karbohydratene stor evne til å skape gjæring i tarmen. Dette kan føre til økt gassproduksjon og gir symptomer som oppblåsthet, løs avføring, ubehag og magesmerter. FODMAP finnes for eksempel i enkelte typer kornprodukter, melkeprodukter, frukt, grønnsaker, belgfrukter og kunstige søtstoff.

Lav FODMAP-dietten beskriver generelle kostråd som baserer seg på å redusere slike tungt fordøyelige karbohydrater. Dietten består av tre faser: eliminasjon, reintroduksjon og tilpasning. FODMAP-diett er det samme som lav FODMAP-diett, der hensikten er å redusere enkelte karbohydrater.



Matvaregruppe	Lavt FODMAP-innhold	Høyt FODMAP-innhold
Frukt	Bananer, blåbær, kiwi, bringebær, jordbær, honningmelon, sitrus, ananas	Epler, pærer, plomme, mango, fersken, vannmelon, aprikos, kirsebær, nektarin, honning
Grønnsaker	Potet, gulrot, tomat, agurk, salat, squash, paprika, spinat, brokkolibuketter	Blomkål, rosenkål, sukker-erter, avokado, bønner, linser, kikerter, asparges, rødbeter, løk og hvitløk
Kornprodukter	Ris, havre, mais, (spelt), potet, hvete i små mengder	Rug, bygg, hvete
Meieriprodukter	Laktosefrie produkter, gule harde oster, havre-melk, rismelk, syrnede melkeprodukter	Laktoseholdig melk, fløte, yoghurt, brunost og prim, iskrem, desserter o.l
Søtsaker	Sukrose (normalt inn-tak), glukose, søtnings-stoffer som ikke ender på –ol (små mengder)	Fruktose, honning, sorbitol, mannitol, isomalt, maltitol, xylitol



Kosthold med lav FODMAP

Et kosthold med lavt innhold av FODMAP er utviklet for å lindre symptomer hos mennesker med IBS, og anbefales ikke som en diett som passer for alle som har tarmsykdom eller for befolkningen generelt. En balansert FODMAP-diett skal kunne tilføre tilfredsstillende mengder energi- og næringsstoffer, men dersom brukt på en ukorrekt måte, vil man stå i fare for å bli feilernært og utvikle mangeltilstander. Vi vet foreløpig ikke om et kosthold med lavt innhold av FODMAP kan ha negativ effekt på sammensetning av tarmbakterier.

Eliminasjonsfasen av FODMAP-dietten bør bare benyttes for en avgrenset periode. Store begrensninger i kostholdet kan være ugunstig med tanke på bakteriemangfold i tarmen, mangeltilstander og underernæring. Det er derfor svært viktig å følge råd fra helsepersonell som har erfaring med dietten.

Målet med reintroduksjon av matvarer er å øke toleranse for flest mulig matvarer, slik at kostholdet blir mest mulig normalisert. På denne måten kan man med god veiledning redusere risiko for potensielle uheldige effekter av dietten.

Det hender at en del sunne matvarer utelates fra, eller begrenses, i kostholdet i en periode på grunn av høyt innhold av FODMAP. På denne måten kan risiko for feilernæring og mangeltistander oppstå.

Kosthold med høyt innhold av FODMAP kan oppleves å gi plagsomme tarmsymptomer for eksempel ved aktiv betennelse. Det anbefales veiledning av ernæringsfysiolog eller gruppe-undervisning ved oppstart og bruk av denne dietten. Det trengs vanligvis henvisning fra lege for veiledning hos klinisk ernæringsfysiolog.

Lav FODMAP ved IBD

FODMAP-kostrådene var først og fremst tiltenkt pasienter med irritabel tarmsykdom (IBS). Imidlertid vet vi at mange pasienter med IBD har IBS-liknende symptomer også i rolig fase av sykdommen. Økte tarmsymptomer kan i seg selv gi opplevelse av dårligere livskvalitet, og reduksjon av symptomer kan derfor være viktig selv om betennelsen ikke reduseres av denne dietten.

Effekten på tarmsymptomer er dokumentert ved både Crohns sykdom og ulcerøs kolitt, men det er ikke vist at lav FODMAP har innvirkning på selve betennelsestilstanden i tarmen. Kostrådene kan bidra til å redusere IBS-liknende symptomer som oppblåsthet, løs avføring, ubehag og magesmerter hos pasienten. FODMAP redusert kost har liten eller ingen virkning på obstipasjonsplager.

KAPITTEL 4

Underernæring og vekttap ved IBD

Mange IBD-pasienter opplever uønsket vekttap. Det gjelder særlig pasienter med utbredt tynntarmssykdom eller aktiv betennelse i tykktarmen. Studier har vist at opp mot 75 % av pasienter med Crohns sykdom er underernærte.

I perioder med høy sykdomsaktivitet kan inntak av mat være lavt, samtidig som det er økt tap og dårligere opptak av næringsstoffer i tarmen. Dette øker risiko for vekttap, underernæring og mangeltilstander.

Hvordan unngå vekttap og underernæring

For pasienter med IBD kan det være lurt å spise regelmessig og ofte, og sørge for godt næringsinnhold. Velg gjerne matvarer med høyt proteininnhold, som ost, melk, kylling, fisk, egg og kjøtt. I tillegg til dette kan matretter berikes med ekstra energi ved bruk av fløte, rømme, smør eller olje. Det finnes også næringsdrikker og ferdigproduserte pulvere som kan blandes inn i vanlig mat og gi tilsvarende effekt.

Næringsdrikker er flytende næringstilskudd som inneholder de fleste næringsstoffer, vitaminer og mineraler som kroppen har behov for. De kan erstatte måltider, eller brukes i tillegg til måltider. Næringsdrikker selges reseptfritt på apoteket, men det kan være lurt å undersøke med legen din om det er mulig å få dekket utgifter til næringsdrikker.

Alle næringsdrikker er stort sett frie for eller har et svært lavt innhold av laktose. Alle næringsdrikker er glutenfrie. Næringsdrikkene, som ser ut som melk, er fullverdige og inneholder alle nødvendige næringsstoffer. De juicebaserte næringsdrikkene er fettfrie, og begge typer næringsdrikker finnes i forskjellige smaksvarianter. Ved ernæringsmessig risiko og alvorlig vekttap, anbefales veiledning hos klinisk ernæringsfysiolog.

Årsaker til underernæring

- Tap av store mengder væske, salter og næringsstoffer fra blodet grunnet diaré og hyppige tarmtømminger. Dette kan føre til vekttap.
- Magesmerter og kvalme gir redusert appetitt og påvirker matinntak.
- Blødning fra tarmen og redusert opptak grunnet betennelse fører ofte til jernmangel.
- Magesmerter og hyppige tarm-tømminger fører noen ganger til bevisst utelatelse av mat og

Risiko for vektøkning

IBD-pasienter kan også være overvektige. Den viktigste årsaken er for høyt næringsinntak i forhold til forbruk. I tillegg kan bruken av enkelte medikamenter, f.eks. kortikosteroider, gi økt appetitt og vektøkning. Det er da viktig å ikke spise mer enn normalt. Den overvektige pasienten bør følge de vanlige rådene fra Helsedirektoratet om kosthold og fysisk aktivitet. Hvis dette er vanskelig, finnes ulike mestrings- og aktivitetstilbud hvor man kan søke hjelp.

Råd for å unngå uønsket vektøkning

- regelmessige måltider
- reduksjon av fett og sukker
- økt inntak av frukt, grønnsaker og fiber.(Angående fiberanbefalinger, samt frukt og grønnsaker, må man noen ganger gjøre unntak her: mindre fiber og prioritere frukt og grønnsaker som har lav FODMAP-verdi.)
- fysisk aktivitet

45
46
47
48
43
42
41
40
39
36
35
34
33
32
29
28
27
26
25
22
21
20
19
18
17

KAPITTEL 5

Typiske kostutfordringer ved IBD

Ved tarmsykdom er det viktig å gjøre matvarevalg som opprettholder et tilstrekkelig næringsrikt kosthold og som sikrer god allmenntilstand, hindrer mangeltilstander og støtter opp om nødvendig tilheling av tarm. Vi vil her presentere de mangeltilstandene man er mest utsatt for ved IBD. Videre vil vi diskutere noen vanlige spørsmål om hvilken betydning enkelte matvarer og matvarekomponenter kan ha ved IBD.

Mangeltilstander

Flere mikronæringsstoffer er viktige for opprettholdelse av god immunfunksjon. Det gjelder for eksempel vitaminene A, C, D og E, vitamin B12 og folsyre, samt mineraler som sink, selen, mangan, kalsium og jern. Ved IBD er ønsket å kontrollere tarmsykdommen slik at pasientene får mindre symptomer, men også oppnår tilheling av tarmslimhinnen. Betennelsesdempende behandling er en selvfølgelig del av dette, men det er samtidig viktig å forebygge og behandle mangel på næringsstoffer.

Vitamin D og IBD

Det er mange ubesvarte spørsmål om vitamin D og IBD. Vitamin D-mangel er vanlig ved IBD og forekommer hos nesten halvparten av pasientene som er under oppfølging på sykehus. Det er påvist sesongvariasjon av debut av ulcerøs kolitt med økt forekomst av nye tilfeller i vinterhalvåret, når vitamin D-nivåene er lavest. Mangel av vitamin D forekommer også tidlig i forløpet av IBD og kan således være en risikofaktor for sykdomsutvikling. Flere studier viser en assosiasjon mellom økt sykdomsaktivitet og lave nivåer av vitamin D. Videre synes lavt nivå av vitamin D å være en markør for økt risiko for kirurgi og tilbakefall ved Crohns sykdom. Forskningen som foreligger gir grobunn for hypoteser om mulig sammenheng mellom vitamin D og IBD, som det må forskes videre på før vi har klare svar.

Det foreligger ikke nok kunnskap til å anbefale vitamin D-tilskudd for å forebygge kroniske sykdommer. Vi vet altså ikke sikkert om vitamin D-mangel er en medvirkende årsak eller et resultat av IBD. Kanskje kan tilskudd til enkelte grupper forhindre IBD eller gi økt effekt av medikamenter, f.eks. tilleggseffekt ved biologisk behandling. Hvilke doser og nivåer som eventuelt kan være effektive, eller om vitamin D-tilskudd kan redusere kreftrisiko ved IBD, er viktige spørsmål som så langt er ubesvarte. I offisielle næringsstoffanbefalinger fra Helsedirektoratet anbefales 10 µg (400 IE) vitamin D per dag til voksne og 20 µg (800 IE) per dag til eldre (≥75 år). I sommerhalvåret vil mange få dekket behovet uavhengig av kosten ved å være ute i solen. Det anbefales å ha dialog med lege om dette. Eksponering på armer og ben over 30 minutter minst to ganger i uken på dagtid, gir sannsynligvis nok vitamin D.

Om vinteren vil mange trenge tilskudd som tran eller inntak av matvarer som inneholder rikelig vitamin D, for eksempel fet fisk og margarin eller melk som er tilsatt ekstra vitamin D. Ved kroniske sykdommer og påvist mangel vil imidlertid behovet for tilskudd være betydelig høyere. Ved påvist lavt nivå av vitamin D anbefales ofte behandling med høyere doser over en periode for å oppnå normale verdier. Slik behandling bør individualiseres og følges opp hos lege.

Kalsium og benhelse

Måling av vitaminer og mineraler inngår som ledd i sykdomsutredningen. Opptak av kalsium påvirkes av vitamin D, og derfor kontrolleres ofte kalsium og vitamin D sammen. Enkelte pasienter kan ha økt risiko for utvikling av benskjørhet (osteoporose) på grunn av mangelfullt opptak av kalsium. Ved inflammatorisk tarmsykdom gjelder dette spesielt pasienter med tidlig sykdomsdebut, langvarig sykdom, tidligere tarmoperasjoner, aktiv inflammasjon og langvarig bruk av steroider. Ved langvarig bruk av kortikosteroider bør daglig tilskudd av kalsium alltid anbefales. Dersom pasienter med tidligere tarmoperasjoner eller utbredt tynntarmsykdom ikke har tilstrekkelig opptak av kalsium eller har en kalsiumfattig kost, kan tilskudd

For å dekke behovet for kalsium anbefales minst:

1000 mg kalsium daglig til menn og kvinner før overgangsalder*

1200 mg kalsium daglig til menn eldre enn 70 år og kvinner etter overgangsalder*

*tilskudd anbefales for de som ikke får dekket kalsiumbehovet via kostholdet.

Ref: Institute of Medicine. 2011. Dietary references intakes for calcium and vitamin D. Washington DC: The National Academy Press.

være nødvendig.

Jernmangel og anemi

Anemi er den vanligste komplikasjonen hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD). Den forekommer hos 20-42 % av pasienter, mens jernmangel uten anemi rapporteres hos 35-76 % i ulike studier.

Jernmangel ved IBD forårsakes av både dårlig opptak og økt tap fra tarmen og har sammenheng med alvorlighetsgrad og sykdomsaktivitet. Anemi er vist å ha negativ effekt på både livskvalitet, kognitiv funksjon og fatigue hos pasienter med IBD. Adekvat jernsubstitusjon ved jernmangel er derfor viktig. Jern fra kosten tas opp i tynntarm og tapes ved blødninger, samt tap av celler fra tarm og hud. Jern finnes først og fremst i kjøttprodukter, grovt brød, lever og grønne bladgrønnsaker. Jernopptaket hemmes ved kronisk inflammasjon.

Ved tarmsykdom i remisjon og jernmangel uten alvorlig anemi, kan peroralt jern forsøkes. Ved aktiv tarmsykdom eller Hb (hemoglobinnivå) < 10 g/dl anbefales intravenøs jerntilførsel som en effektiv og godt tolerert behandling ved IBD.

For å forebygge symptomatisk jernmangel og anemi anbefales kontroll av jernstatus fire ganger i året ved aktiv tarmsykdom, og to ganger i året ved velbehandlet tarmsykdom. I tillegg bør vitamin B12 og folsyre sjekkes årlig. Jernmangel bør behandles før anemi inntreffer.

Vitamin B12

Vitamin B12 er viktig for at benmargen skal produsere blodceller og for nervesystemets normalfunksjon. Vitaminet tas opp i siste del av tynntarmen. Dersom det ved Crohns sykdom er aktiv betennelse i dette området, eller at denne delen av tarmen er operert bort, kan det påvirke opptaket av vitamin B12. Det kan derfor ofte være nødvendig med tilskudd.

De vanligste kildene til vitamin B12 i kosten er kjøtt, fisk, egg og meieriprodukter. De med vegetarisk kosthold har derfor større risiko for å utvikle vitamin B12-mangel.

Det er dokumentert at behandling med høydose-tabletter kan være like effektiv som injeksjoner ved mangel på vitamin B12. Dette gjelder også ved IBD, og derfor anbefales tabletter ved påvist mangel uten alvorlige symptomer, eller for å forebygge mangel. Ved alvorlig mangel eller dersom behandlingen ikke er effektiv, kan det være nødvendig med injeksjoner. Dette kan forekomme ved utbredt betennelse i tynntarmen eller når en stor del av tynntarmen er fjernet. Injeksjoner settes oftest av helsepersonell, og hyppighet av injeksjoner er avhengig av hvor alvorlig mangel som er påvist og effekten av behandling målt ved kontroll av blodprøver.

Anbefalt inntakt for voksne er 1,0-2,5 µg/dag.

Variert kosthold og andre tilskudd

Et variert kosthold er viktig for å sikre tilstrekkelig innhold av næringsstoffer i kosten. Til pasienter med IBD anbefales ofte tilskudd med multivitamin, mineraltilskudd og tran for å unngå mangeltilstander.

KAPITTEL 6

Hva kan jeg spise etter at jeg har hatt en operasjon i tarm?

Om lag 10 % av pasienter med ulcerøs kolitt trenger operasjon med fjerning av hele eller deler av tykktarmen i løpet av de første ti årene med sykdommen. Blant pasienter med Crohns sykdom er det om lag 38 % som behøver kirurgisk behandling i løpet av de første ti årene etter diagnose.

Noen får anlagt stomi etter kirurgi. Stomi kan være enten fra tynntarmen eller tykktarmen. Det vanligste ved IBD er stomi fra tynntarmen. Etter fjerning av tykktarmen får noen pasienter anlagt et såkalt reservoar laget av tynntarm som en erstatning for endetarmens funksjon. Aktuelle operasjoner for Crohns sykdom kan være fjerning av trange eller betente områder (tarmreseksjon) eller spalting eller plastikk av strikturer (svært trange områder).

Kosthold etter operasjoner

Det anbefales å spise så snart som mulig etter et kirurgisk inngrep i tarmene. Dette bidrar til at kroppen og mage-tarmsystemet tilpasser og kommer seg raskere etter operasjonen. Dersom vanlig mat ikke frister med en gang, anbefales myk og lettefordøyelig kost eller eventuelt flytende kost, men med rask overgang til normal mat. Noen kan oppleve at toleransen for mat er redusert rett etter inngrepet, og at matinntaket må tilpasses for å unngå for mye diare.

Kosthold med stomi og reservoar

Etter å ha fått stomi eller reservoar, kan små endringer i kosten være nyttige eller nødvendig. Rådene til pasienter som har reservoar likner rådene som gis til pasienter med stomi. Oftest anbefales 3-5 regelmessige måltider per dag. Det er viktig å ta seg god tid til måltidene og å tygge maten godt. Flere som lever med stomi velger å spise lettere måltider på ettermiddag og kveld for å unngå større tømninger om natten. I den første tiden etter å ha fått stomi, tapes ofte mer væske i avføringen enn vanlig. Det kan føre til underskudd av væske og salter og behov for ekstra tilførsel. Det kan være nyttig å drikke mindre til måltidene, og heller innta væske mellom måltidene. Det er viktig å unngå vekttap i denne perioden etter operasjonen, og de fleste pasienter vil ha nytte av individuell kostveiledning hos klinisk ernæringsfysiolog.

Ulike matvarer kan påvirke avføring på ulik måte. Matvarer som inneholder mye stivelse kan gi fastere konsistens av avføringen, eksempelvis potet, eple, knekkebrød/brød (gjerne ristet), ris, pasta, havre og bygg.

Det kan være hensiktsmessig å begrense matvarer som sterkt krydret mat, fet mat, og mat med kraftig fiber, som f.eks. råe grønnsaker, grovt brød, nøtter, frø og belgfrukter (bønner, linser, erter), og andre tungt fordøyelige FODMAPs. Vis også forsiktighet ved bruk av kunstige søtstoff i denne perioden.

Laktosefri kost kan være gunstig/ nødvendig i denne sammenhengen.

Kosthold ved trange partier eller innsnevringer i tarmen

I løpet av et sykdomsforløp ved inflammatorisk tarmsykdom vil det være stor risiko for at det dannes arrvev og sammenvoksinger i de områdene hvor det har vært betennelse i tarmen. Hvis det blir for trange forhold i tarmen, kan det bli vanskelig for vanlig mat å passere, og derfor vil det kunne bli problemer med fordøyelsen.

Det kan da bli behov for å gjøre tilpasninger i kosten først og fremst med tanke på matkonsistens. Det vil være naturlig å anbefale moset mat eller flytende mat for en periode. Da vil det være viktig å unngå uløselige fibre som er vanskelige for tarmen å bryte ned, samt lange, kraftige fibre i matvarer, som for eksempel bønner, linser, erter, oliven, purre, asparges, stangselleri, brokkolistilk, appelsinhinner, ananas, nøtter, frø, mais og kokos. Disse kostrådene vil kun være gjeldende i ukene etter operasjon. Små mengder av de nevnte matvarene bør kunne innføres med forsiktighet etter hvert.

En slik omgjøring kan være krevende for pasienten og det vil være viktig med god veiledning fra en klinisk ernæringsfysiolog når det gjelder praktisk veiledning, samt kvalitetssikring av energi- og næringsinntak. I slike situasjoner vil bruk av næringsdrikker/pulvere og berikning av matvarer være svært aktuelle. Det kan oppstå midlertidig eller fullstendig passasjehindring i tarmen. Dette kalles tarmslyng eller ileus. Da kan det være behov for intravenøs ernæring inntil man får behandlet dette kirurgisk.

KAPITTEL 7

Spørsmål og svar

Gluten, bør jeg leve uten?

Gluten er et protein som finnes naturlig i en del ulike kornsorter som hvete, rug og bygg. Pasienter som har fått påvist sykdommen cøliaki, må leve på en livslang glutenfri diett. Det hender at pasienter med andre tarmsykdommer også tror at det kan være gunstig å utelate gluten fra kostholdet. Det finnes ikke vitenskapelig grunnlag som støtter dette. Ved unødig fjerning av matvarer eller viktige bestanddeler fra kosten, økes risikoen for underernæring og mangel på ulike næringsstoffer. Mange IBD-pasienter opplever at de får økte symptomer ved inntak av kornprodukter, men det er vist at andre innholdsstoffer enn gluten kan gi økte symptomer fra tarmen. Et eksempel er såkalte fruktaner, en gruppe av FODMAP. Det er derfor mindre sannsynlig at det er glutenproteinet i maten som gir symptomer og det vil da heller ikke ha noen hensikt for IBD-pasientene å spise glutenfri kost.

Fett er ikke «ett fett»

Noen IBD-pasienter vil oppleve at økt fettinnhold i kosten kan føre til økte symptomer. Ofte merkes dette best i forbindelse med ferier og reiser, som ofte innebærer endringer fra hverdagskosten. Mange IBD-pasienter opplever forverring med hyppige, løse avføringer dersom de har et kosthold med et høyt innhold av fett, og da spesielt mettet fett.

Fett som næringsstoff deles ofte inn i mettet og umettet fett. Det kan virke som at de fleste IBD-pasienter reagerer mest på animalske fettkilder (fett fra dyr og fete melkeprodukter). Disse har gjerne et høyt innhold av mettet fett. På den annen side virker det som om flere har god toleranse for umettet fett, som finnes i fiskeprodukter og fett fra plantekilder, som f.eks. ulike oljer. IBD-pasienter anbefales derfor å bruke fett fra fisk- og/eller plantekilder og begrense fettkilder fra kjøtt- og meieriprodukter. Ved begrenset fettinntak grunnet dårlig toleranse for fettholdig mat, reduseres også de viktige fettløselige vitaminene A, D, E og K. Tilskudd kan da være nødvendig, og matinntaket bør økes for å unngå vektnedgang.

Fisk og omega-3

I de norske kostholdsanbefalingene fra 2016 anbefales inntak av fisk minst 2-3 ganger i uken. Dette for å sikre et variert kosthold med en god kilde til protein og andre næringsstoffer. Spesielt trenger vi omega-3, som finnes hovedsakelig i fet fisk som laks, ørret, makrell og sild. Omega-3 i kosten kan være gunstig for tarmen, men det er ikke sikkert vist å hemme betennelse i tarm hos mennesker. Enkelte studier har vist at betennelsesfremmende stoffer reduseres ved inntak av omega-3-tilskudd og kan redusere forekomsten av UC. Foreløpig foreligger ikke tilstrekkelige kunnskap til at vi vet dette med sikkerhet.

Hvorfor anbefales mindre rødt kjøtt?

I de norske kostholdsanbefalingene fra 2016 anbefaler Helsedirektoratet den norske befolkningen å redusere inntaket av rødt kjøtt til kun 500 g kjøtt per uke. Bakgrunnen for dette er en mulig økt risiko for utvikling av kreft, i tykktarmen ved inntak av rødt kjøtt, som i hovedsak er kjøtt fra okse, svin, lam og kjøtt fra vilt. Pasienter med ulcerøs kolitt, som i utgangspunktet har økt risiko for å utvikle kreft i tykktarmen, bør spesielt være oppmerksomme på dette. Vi vet ikke sikkert årsakene til økt risiko, men det kan ha sammenheng med at rødt kjøtt har proteinkilder som inneholder svovelforbindelser, som kan svekke slimhinnen i tarmen og gjøre

Et tynt knekkebrød av rug og avokado er sunne matvarer, men inneholder også høy FODMAP og kan gi mage/tarmreaksjoner.

Grovt eller fint brød?

Fiber er en form for karbohydrat som finnes i kornprodukter, frukt og grønnsaker. Fiber som næringsstoff deles inn i løselige og uløselige fibersorter. Løselig fiber finnes hovedsakelig i frukt og grønnsaker, belgfrukter, poteter, samt kornsorter som bygg og havre. Disse brytes ned av tarmbakteriene og omdannes til fettsyrer i tarmen. De tilfører energi og har gunstig innvirkning på bakteriefloraen i tarmen.

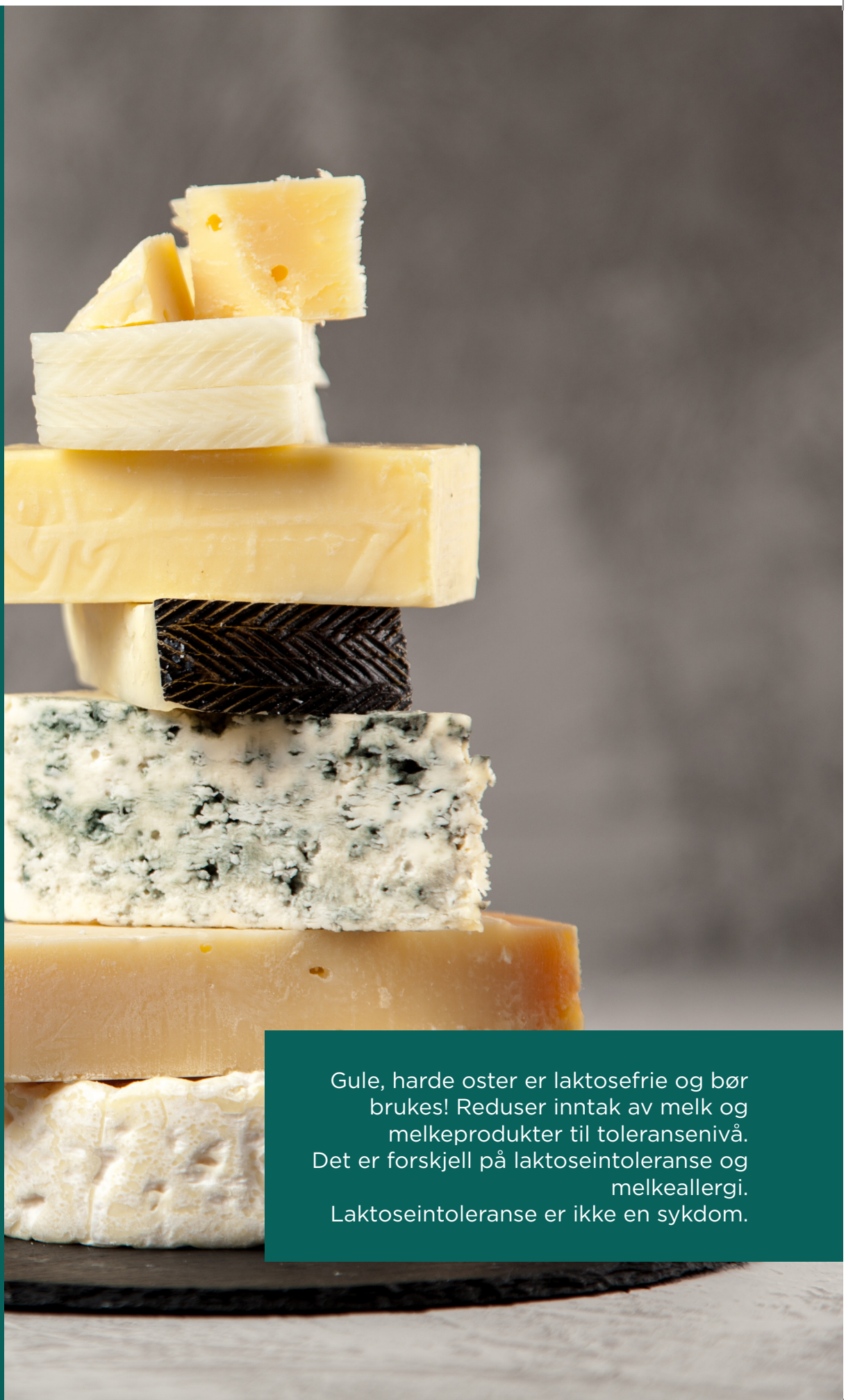
Enkelte studier har vist at fiber kan ha betennelsesdempende egenskaper. Uløselig fiber finnes i grønnsaker og kornprodukter, særlig i mais og hveteprodukter. Disse går mer eller mindre ufordøyd gjennom tarmsystemet vårt.

Symptomer ved tarmsykdom kan påvirkes av type og mengde fiber. For noen pasienter vil det oppleves bedre å spise lyst brød da de lett opplever øke symptomer ved inntak av grove kornprodukter. Fint brød trenger nødvendigvis ikke å kun defineres som loff, men kan også inkludere brød med lavt fiberinnhold. Dette er markert på brødprodukter med en grovhetsskala og kan være brødsorter som inneholder små mengder grovt mel, men utelater nøtter eller frø, som f.eks. kneipp.

Pasienter med IBD som ikke får økte symptomer ved inntak av fiberprodukter, bør ikke begrense grove brødsorter. Mange vil oppleve økte tarmsymptomer ved inntak av kornsorten rug, da denne finnes i høy FODMAP-gruppen.

Det samme kan gjelde ved inntak av større mengder hvetemel i pasta og bakevarer. Havre kan være et gunstig valg ved tarmsykdom da denne finnes i lav FODMAP-gruppen. Havre inneholder godt med protein og nyttige fibre. Dette kan redusere gassdannelsen i tarmen. Speltkorn er også godt egnet, langhevede brødprodukter eller surdeigsbrød.

Det er viktig å huske på at fiber ikke bare finnes i kornprodukter, og at frukt og grønnsaker også bidrar med en stor andel til fiberinntaket. Dessverre viser studier at mange IBD-pasienten har et for lavt inntak av frukt og grønnsaker, grunnet høyt innhold av FODMAP som kan gi forverring av tarmsymptomer. Det kan da være viktig å kjenne til hvilke typer frukt og grønnsaker som har lavt innhold FODMAP som ikke øker tarmsymptomer (se LAV FODMAPTABELL s. 19).



Gule, harde oster er laktosefrie og bør brukes! Reduser inntak av melk og melkeprodukter til toleransenivå.
Det er forskjell på laktoseintoleranse og melkeallergi.
Laktoseintoleranse er ikke en sykdom.

Laktose og melkeprodukter

Bør jeg slutte å drikke melk?
Dessverre slutter mange IBD-pasienter å drikke melk eller bruke melkeprodukter. Melk inneholder melkesukker, proteiner og fett, samt viktige vitaminer og mineraler. Noen vil få økte symptomer på laktose, men da bør man kunne benytte laktosefrie produkter. Slike produkter inneholder nøyaktig de samme næringsstoffene som vanlig melk og melkeprodukter.

Laktose er betegnelsen på melkesukker som vi finner i melk og melkeprodukter. I tynntarmen har vi laktaseenzymer som spalter melkesukkeret så det kan fordøyes og absorberes av tarmen. Ved Crohns sykdom og ulcerøs kolitt kan dette enzymet være mindre effektivt og gi økte tarmsymptomer (laktose-intoleranse). Pasienter med aktiv betennelse i tarmen bør redusere bruk av produkter med høyt laktoseinnhold, eventuelt bruke laktosefrie produkter. De som har genetisk mangel på laktaseenzymer bør spise laktosefri kost.

Det er omdiskutert om noen reagerer på melkeproteinet (kasein). Så langt er det svært lite forskning som støtter dette. Ekte melkeproteinallergi sees hos 2,5 % av småbarn under 3 år, og i slike tilfeller skal alle former for melkeprodukter som inneholder kumelk, fjernes. I den voksne befolkningen er det en lav andel som har fått påvist denne allergien, trolig mindre enn 1 % av befolkningen. Det finnes ingen anbefalinger om at IBD-pasienter skal unngå inntak av melk hvis de ikke har ekte melkeallergi eller laktoseintoleranse.

Laktosefri kost
Det er ikke nødvendig å unngå alle melkeprodukter selv om man har laktoseintoleranse. Alle faste gule oster kan inntas siden melkesukkeret her er nedbrutt. Mykere oster, som for eksempel smøreoster og mozzarella, vil ha et noe høyere innhold. Ellers vil syrnede melkeprodukter som Kefir, Biola, yoghurt og kulturmelk alltid ha et lavere innhold av laktose, og de kan derfor regnes som ganske trygge. Melk, ulike typer fløte, brunost, prim og iskrem har ofte et høyt innhold av laktose. I tillegg vil gjerne varme melkeretter kunne gi mer symptomer. Det finnes mange tilgjengelige laktosefrie produkter, samt enzymtabletter med laktase, som kan tas før måltid ved laktasemangel.

Bør jeg spise mindre sukker?

Hittil er det ingen forskning som viser om sukkeret i kosten har en betydning ved IBD. Det er ikke sett økt forekomst eller økt grad av tarmbetennelse relatert til inntak av sukker. Pasienter med IBD anbefales å følge kostholdsanbefalingene fra Helsedirektoratet. Derimot ser man fra FODMAP-forskningen at andre sukkerarter som laktose (melkesukker), fruktose (fruktsukker) og polyoler (sukkeralkoholer) vil kunne føre til økte tarmsymptomer.

Bør jeg slutte å drikke kaffe?

Koffein har en stimulerende effekt på tarmen og kan derfor øke tarmsymptomer hos noen pasienter med IBD. Kaffebønner har et høyt innhold av antioksidanter som kan ha gunstige helseeffekter. De fleste IBD-pasienter tolererer et moderat kaffeinntak. Kaffe i store mengder kan derimot øke tømningsfrekvens og gi diaré.

Kan jeg drikke alkohol?

Alkohol har en skadelig effekt på organer i kroppen, inkludert tarmslimhinnen. Det er ikke sett direkte sammenheng mellom alkohol og betennelsesaktivitet ved IBD. Høyt alkoholinntak kan hos mange gi hyppigere og løsere avføring. Ulike typer alkoholholdige drikker vil ha ulik effekt avhengig av volum, styrke og innhold av karbohydrater. Det er ikke nødvendig å avstå helt fra alkohol dersom man har IBD, men inntaket bør begrenses hvis det gir økte tarmsymptomer.

Hva med tilsetningsstoffer?

Det er mye oppmerksomhet rundt tilsetningsstoffer og hvilken påvirkning de har ved ulike sykdommer. Bruk av tilsetningsstoffer er strengt kontrollert i vestlige land og oppdateres kontinuerlig når ny kunnskap foreligger. Alle tilsetningsstoffer som skal brukes i Norge må være godkjent av EU. Det betyr at stoffene er vurdert ut fra at bruken ikke skal gi helserisiko. Det er derfor ingen spesiell grunn til å fraråde matvarer med tilsetningsstoffer ved IBD. I henhold til norske kostråd bør vi øke inntak av frukt og grønt og begrense inntak av salt, bearbeidede kjøttprodukter og andre animalske matvarer. Ved et slikt kosthold får man i seg mindre konserveringsmidler og andre tilsetningsstoffer.

Kan jeg følge et vegetarisk kosthold?

Studier viser at IBD-pasienter som gruppe gjerne inntar for lite frukt og grønnsaker. Derfor vil økt inntak av vegetariske matvarer gi et større mangfold i kosten. Et rent vegetarisk kosthold inneholder mange komponenter med høyt fiberinnhold og høy FODMAP-verdi som kan øke tarmsymptomer. Et vegetarisk kosthold inneholder, i motsetning til et vegansk kosthold, melkeprodukter og egg, som er gode kilder til proteiner. Dersom man har et vegansk kosthold, kan det derfor være vanskelig å få i seg nok proteiner. Det viktigste for pasienter med i IBD er å få i seg nok protein og næringsstoffer. Dersom et vegetarisk

kosthold gir økte tarmsymptomer, kan det være behov for å redusere enkelte matvarer. Se avsnittet om høy og lav FODMAP.

Hvilken rolle spiller probiotika?

Mange bakterier er normalt forekommende i tarmen og er viktige for tarmens funksjon og immunsystem. Probiotika er tilsetninger av levende mikroorganismer, for eksempel melkesyrebakterier, som kan bidra til å opprettholde en balansert tarmflora. Probiotika kan tilføres som kapsler, i flytende form eller tilsatt i noen matvarer og meieriprodukter. Bakteriene opptrer også naturlig i flere typer yoghurt, syrnet melk og ost. Det er utført en rekke studier på både dyr og mennesker når det gjelder helsefremmende effekter av probiotiske bakterier, men det er få studier som vurderer langtidseffekter. Ved IBD benyttes probiotika i behandlingen av betennelse i kirurgisk anlagte reservoarer etter fjerning av tykktarmen. Andre effekter av probiotika i behandling av IBD studeres.

I de aller fleste situasjoner vil bruk av probiotika regnes som helt ufarlig, men det finnes unntak i forbindelse med alvorlig sykdomssituasjon, at bruk av disse produktene frarådes. Dette gjelder spesielt hos pasienter med svekket immunforsvar og pasienter med alvorlig sykdom i bukspyttkjertelen.

Noen matvarer kan ha en naturlig prebiotisk effekt. De inneholder komponenter som stimulerer veksten av gunstige bakterier i tarmen, men kan også gi økte tarmsymptomer. Den prebiotiske effekten oppstår når tungt fordøyelige karbohydrater, kostfibre, fruktaner og stivelse kommer ned i tykktarmen.

Hvorfor fungerer det dårlig å gå uten mat en hel dag?

Pasienter med IBD opplever ofte smerter eller symptomer etter matinntak. Erfaringsmessig ser vi at mange IBD-pasienter utelater måltider for å unngå magesmerter, oppblåsthet og hyppige toalettbesøk. For å sikre adekvat næringsinntak og unngå mangeltilstander og vekttap, er det viktig med regelmessige måltider. Dette kan også bidra til redusert tarmbelastning hos pasienter med tarmsykdom.

Enkelte pasienter opplever økt kontroll når de ikke spiser, men dette er ikke en god langsiktig løsning. De fleste vil oppleve økt tretthet, redusert energi, svimmelhet og muskelsvakhet dersom de unnlater å spise.

Råd når du spiser ute eller er på reise

Å spise ute kan oppleves vanskelig for pasienter med IBD. Dette gjelder både når man spiser på reise, hos familie og venner eller på restaurant.

Når man spiser ute, kan det være lurt å velge retter med mest mulig rene råvarer, frukt og grønnsaker, og unngå sauser, dressinger og annet tilbehør dersom man er usikker på innholdet. Matretter basert på ris og potet oppleves ofte uproblematisk. Løk, hvitløk og enkelte krydder kan være utfordringer man møter på restaurant, i tillegg til at fettinnholdet ofte vil være høyere enn det man har hjemme.

I forbindelse med reiser kan det være lurt å ta med seg noe tørrvarer i bagasjen, som f.eks. knekkebrød, müsli og havregryn. Pålegg som ikke trenger å lagres kaldt, kan være fint å ta med.

Referanser

For referanser, se www.IBDinfo.no

Scan og les brosjyren digitalt

Takeda

Mage-
tarmforbundet

Takeda AS
www.takeda.no
C-APROM/NO/ENTY/0785/14396
Utarbeidet september 2023