

Behandling

Formålet med behandlingen er å dempe og få kontroll på betennelsen i tarmen. Dermed reduseres symptomene og livskvaliteten bedres. I tillegg kan komplikasjoner forebygges og innleggelse i sykehus unngås. Ettersom IBD har et svingende forløp med risiko for tilbakefall må det også gis en behandling som forhindrer dette når man har oppnådd kontroll på betennelsen. Man skiller mellom to hovedformer for behandling; medisinsk og kirurgisk. Langt de fleste av pasientene får kontinuerlig medisinsk behandling mens kirurgi i hovedsak benyttes når det oppstår komplikasjoner og den medisinske behandlingen svikter. Det er stort sett de samme medikamentene som brukes i behandlingen av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Noen medikamenter brukes bare når det er aktiv betennelse i tarmen for raskest mulig å oppnå symptomfrihet (remisjon), andre kun for å forebygge tilbakefall, og enkelte medikamenter benyttes i begge situasjoner.

MEDISIN

Flere forskjellige medikamenter brukes i dag i behandlingen av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Ved begge sykdommene har man i hovedsak to ulike behandlingssituasjoner. Ved aktiv sykdom må det gis en behandling som

stopper betennelsen i tarmen og derved symptomene, og fordi sykdommene har et kronisk tilbakevendende forløp er det som oftest nødvendig å gi en behandling som forebygger tilbakefall, dvs. forhindrer at betennelsen blusser opp igjen. Dette omtales som vedlikeholdsbehandling. Av og til brukes også medikamenter som kun påvirker symptomene og ikke betennelsen. Tilskudd av forskjellige vitaminer og mineraler er også å betrakte som medisinsk behandling. I det følgende gis en oversikt over de forskjellige legemidlene som vi i dag har til rådighet i behandlingen av IBD.



MEDIKAMENT	VIRKNING	BIVIRKNINGER
<p>5-Aminosalisylsyre forbindelser</p> <p>5-Aminosalisylsyre (5-ASA = mesalazin) er den aktive substansen i alle disse medikamentene.</p> <p>Sulfasalazin</p> <p>Salazopyrin®</p> <p>Mesalazin</p> <p>Asacol®</p> <p>Mesasal®</p> <p>Mezavant®</p> <p>Pentasa®</p> <p>Salofalk®</p> <p>Olsalazin</p> <p>Dipentum®</p> <p>Balsalazid</p> <p>Colazid®</p>	<p>Disse preparatene er førstevalget i behandlingen av ulcerøs kolitt med mild til moderat sykdomsaktivitet. Virkningsmekanismen er ikke fullstendig klarlagt, men 5-ASA virker antiinflammatorisk lokalt i tarmslimhinnen.</p> <p>Salazopyrin har vært lengst i bruk, men benyttes nok nå i mindre grad pga. mer bivirkninger sammenlignet med de andre 5-ASA preparatene. Medikamentene kan gis som tabletter, stikkpiller eller klyster. Vanlig startdose har vært ca. 2 gram daglig, men det kan mulig oppnås raskere kontroll over sykdommen ved å øke den dosen opp mot 4 g. Hele døgndosen kan tas en gang om dagen. I tillegg kan det hos mange pasienter være gunstig å supplere tabletter med stikkpiller eller klyster. Hvis betennelsen er begrenset til endetarmen bør man først forsøke bare lokalbehandling med stikkpiller eller klyster. Behandlingstiden er vanligvis ca. 4 uker. Det er vist at 5-ASA preparater forebygger tilbakefall av ulcerøs kolitt og disse medikamentene brukes derfor som vedlikeholdsbehandling, dvs. en behandling som strekker seg over mange år, kanskje resten av livet. En daglig dose på ca. 2 g. er vanligvis tilstrekkelig i denne situasjonen. Noen pasienter med ulcerøs kolitt har en økt risiko for å få kreft i tykktarmen. Det er nå klare holdepunkter for at 5-ASA kan forebygge en slik utvikling.</p> <p>Mange pasienter med Crohns sykdom får i dag behandling med 5-ASA preparater selv om effekten av disse medikamentene er dårlig dokumentert ved Crohns sykdom. Dette gjelder både ved aktiv sykdom og som vedlikeholdsbehandling.</p>	<p>Bortsett fra Salazopyrin® så har 5-ASA preparater generelt sett få og relativt uskyldige bivirkninger.</p> <p>Bivirkninger som hodepine, kvalme, mavesmerter, luftplager, diaré og utslett kan forekomme. Meget sjeldent kan det ses påvirkning av bukspyttkjertelen, lever, nyrer eller hjertet.</p>

MEDIKAMENT	VIRKNING	BIVIRKNINGER
<p>KORTIKOSTEROIDER</p> <p>Prednison Prednisolon Entocort</p>	<p>Kortikosteroider har en raskt innsettende effekt både ved ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Behandlingen skal bare gis når det er aktiv betennelse i tarmen og har ingen plass som vedlikeholdsbehandling. Ved oppstart gis ofte Prednisolon 0,75 – 1 mg pr kg kroppsvekt i 1 til 2 uker. Derneft gradvis dosereduksjon med først 10 mg og senere 5 mg pr uke. Behandlingsvarighet må individualiseres avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsrespons. Vanligvis vil en behandlingskur med kortikosteroider ha en varighet på 2-4 måneder. Budesonid (Entocort) er tilgjengelig som depotkapsler for kontrollert frisetting av aktivt kortikosteroid i nederste del av tynntarmen og tilstøtende del av tykktarmen (terminale ileum og kolon ascendens). Crohns sykdom er ofte lokalisert til denne delen av tarmen og legemidlet er derfor et behandlingsalternativ til disse pasientene. Kortikosteroider kan også gis som lokalbehandling administrert som klyster eller skum.</p>	<p>Behandling med kortikosteroider gir vanligvis en rekke bivirkninger. På kort sikt ses væskeopphopning i kroppen med hovne anklr og vektøkning, økt appetitt, måneansikt, blodtrykksforhøyelse, økt blodsukker, økt hårvekst, søvnproblemer og humørsvingninger med oppstemthet eller depresjon. Langvarig bruk gir økt risiko for infeksjoner, strekkmerker i huden som følge av svekket styrke i bindevevet, skjøre blodårer med hudblødninger (blå merker), avkalkning av skjelettet (beinskjørhet) med økt risiko for beinbrudd og grå stær (katarakt). Budesonid (Entocort) virker lokalt i tarmen. Deretter brytes medikamentet ned i leveren før det når ut i resten av kroppen. Som følge av dette har budesonid langt færre bivirkninger enn Prednison/ Prednisolon.</p>

MEDIKAMENT	VIRKNING	BIVIRKNINGER
<p>IMMUNHEMMENDE MEDIKAMENTER: Imurel® (azathioprin) Puri-Nethol (6-merkaptopurin) Metotreksat</p>	<p>Imurel har en viktig plass i behandling av både ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Vanlig dosering er 2-2,5 mg/kg kroppsvekt. Effekten av Imurel inntreer først etter noe tid og virkningen kan derfor ofte ikke avgjøres før etter 3-4 måneders behandling. Imurel har vist seg å forebygge tilbakefall av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom samtidig som det reduserer bruken av kortikosteroider, og benyttes derfor som vedlikeholdsbehandling. Behandlingen bør vanligvis stekke seg over flere år. Imurel brukes også som tilleggsbehandling til TNF-alfa-hemmere. Azathioprin omdannes i kroppen til 6-merkaptopurin. Puri-Nethol har derfor samme virkemekanisme, indikasjoner og lik bivirkningsprofil som Imurel. Doseringen av Puri-Nethol er 1-1,5 mg/kg kroppsvekt.</p> <p>Metotreksat er et immunhemmende medikament som inngår i rutinebehandlingen av leddgikt. Metotreksat er også virksomt ved Crohns sykdom og benyttes vanligvis når Imurel ikke tolereres, eller effekten på tarmsykdommen uteblir. Ved Crohns sykdom bør Metotreksat gis som injeksjon under huden eller i en muskel en gang i uken. Dette kan pasientene læres opp til å gjøre selv. Vanlig doseringen er 25 mg/uke de første 6 månedene og deretter 15 mg /uke. Det skal samtidig gis Folsyre, 5 mg/uke, for å redusere bivirkningene. Metotreksat har ikke sikker dokumentert effekt ved ulcerøs kolitt.</p>	<p>Imurel gir ofte bivirkninger. En del pasienter kan reagere med hudutslett, feber og leddsmerter. Noen få pasienter får akutt bukspyttkjertelbetennelse med magesmerter, kvalme og oppkast, leverpåvirkning og eventuelt gulsott (ikterus). Disse symptomene forsvinner raskt når man slutter å ta medikament. Den immundempende effekten av Imurel viser seg blant annet ved at antallet hvite blodlegemer reduseres. Dette kan medføre en økt risiko for infeksjoner. Regelmessig blodprøvekontroll er derfor nødvendig. Alle som får behandling med Imurel bør bruke krem med høy beskyttelsesfaktor når de oppholder seg i solen. Det er mulig at behandling med Imurel gir økt risiko for utvikling av lymfom (kreft i lymfesystemet), spesielt ved høy alder (>65 år). Imurel kan trygt brukes i forbindelse med svangerskap og amming. Menn som ønsker å få barn kan også behandles med Imurel.</p> <p>Det kan forekomme leverpåvirkning, økt dannelse av bindevev i lungene, hudutslett, generell sykdomsfølelse og kvalme/oppkast. Kvinner og menn med barneønske må ikke behandles med Metotreksat og det må benyttes sikker prevensjon under pågående behandling.</p>

MEDIKAMENT	VIRKNING	BIVIRKNINGER
ANTIBIOTIKA: Metronidazol Ciproxin®	Metronidazol og Ciproxin er antibiotika som først og fremst brukes i behandlingen av kompliserende Crohns sykdom med fistler.	Samtidig inntak av alkohol og metronidazol kan medføre en ubehaglig antabuslignende reaksjon, med hjertebank, uro, svette og allment ubehag. Påvirkning av smaksansen med "metallsmak" i munnen er en meget vanlig bivirkning. Nevropati kan være en følge av langvarig bruk av metronidazol. Dette arter seg som en prikkende og sovende fornemmelse i hender og føtter. Symptomene forsvinner når behandlingen avsluttes, men det kan ta lang tid. Behandling med Ciproxin kan hos en del pasienter gi mage- og tarmbesvær i form av kvalme og diaré
BIOLOGISKE LEGEMIDLER: Remicade Humira	<p>Remicade (infliximab) er den første TNF-α-hemmeren som ble tatt i bruk i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom og er virksomt både ved ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Medikamentet administreres intravenøst, dvs. som infusjon direkte i en blodåre. Anbefalt behandlingsregime er oppstartsbehandling med en infusjon uke 0, 2 og 6, og deretter en ny infusjon hver 8 uke. Vanligvis kombineres Remicade med et immun-hemmende medikament (Imurel/Metotreksat). Dette gir økt effekt og forebygger dannelse av antistoffer mot Remicade noe som igjen er viktig for at effekten på tarmsykdommen opprettholdes ved lang tids bruk.</p> <p>Humira (adalimumab) benyttes også i behandling av både ulcerøs kolitt og Crohns sykdom og effekten kan likestilles med Remicade. Legemiddelet sprøytes inn under huden (subkutan injeksjon) og dette kan pasientene læres opp til å administrere selv. Anbefalt dosering er 40 mg hver annen uke etter at det er gitt startdoser på 160/80 mg.</p>	Det kan oppstå rødme, hevelse og kløe i huden der infusjonen eller injeksjonen blir gitt. Noen få pasienter får infusjonsreaksjoner av Remicade. Symptomene melder seg som regel umiddelbart etter at en infusjon er igangsatt og kan være trykk i bryst, pustebesvær, svimmelhet samt utslett med hevelse og rødme i huden, ledsaget av kløe. Senreaksjoner kan komme 3-10 dager etter en infusjon med feber, hodepine, kvalme, smerter i ledd og muskulatur og rødme av huden på forskjellige steder. Alminnelige infeksjoner som forkjølelse, halsbetennelse, bihulebetennelse, lungebetennelse mfl. forekommer litt hyppigere blant pasienter som får behandling med Remicade og Humira.

**SYMPTOMDEMPENDE BEHANDLING:
QUESTRAN® (KOLESTYRAMIN)**

Kolestyramin virker diaréstoppende hos pasienter som har gallesyrediaré. Dette er diaré som oppstår på grunn av manglende opptak av gallesyrer nederst i tynntarmen fordi denne del av tarmen er syk eller fjernet ved operasjon. Gallesyrer virker som avføringsmiddel på tykktarmen, derfor er det bare pasienter med bevart tykktarm som har nytte av kolestyramin. Kolestyramin finnes som pulver som røres ut i vann og inntas før måltider.

VITAMIN/MINERALTILSKUDD

Det kan være hensiktsmessig for alle pasienter å ta en multivitamin-tablett daglig. Legen kan undersøke om ytterligere vitamintilskudd er nødvendige: D-vitamin, K-vitamin og vitamin B-12 samt folinsyre er aktuelle vitaminer i den sammenheng. Ved behandling med kortikosteroider anbefales vanligvis samtidig inntak av vitamin D og kalsium for å forebygge skade på skjelettet.

Mange pasienter, og kanskje spesielt pasienter med Crohns sykdom, har i perioder behov for ekstra tilskudd av jern, kalsium, magnesium, kalium og natrium. Spesielle problemer knytter seg til jernmangel. Mange pasienter opplever at de blir dårligere av jern-tabletter, men jern kan også tilføres kroppen som infusjon i en blodåre. Denne behandlingsmåten er derfor å foretrekke hos de fleste pasientene med jernmangel. Salttapet kan være meget stort hos pasienter med ileostomi (tynntarmen er lagt ut på magen, f.eks. hos pasienter med ulcerøs kolitt som har fått fjernet tykktarmen) og tilskudd av natrium (koksalt) kan derfor være viktig hos disse pasientene.

DIETTBEHANDLING

Både ved ulcerøs kolitt og Crohns sykdom er det påvist positiv virkning av diettbehandling, men resultatene fra forskjellige undersøkelser er vanskelige å tolke. Vitenskapelige undersøkelser bør være "dobbelt-blindet", (dvs. at hverken pasient eller lege vet hvilken behandling som gis) og det er ikke lett å gjennomføre for diettbehandling. Elementaldiett (næringsdrikk som inneholder findelt protein, fett og karbohydrat) er brukt med positivt resultat. Andre mindre restriktive dietter (eksklusjonsdietter) innebærer at man unngår raffinerte karbohydrater (mel, pasta) og melk. Ved bruk av ulik diettbehandling over lengre tid er det viktig å være oppmerksom på faren for feilernæring.

KIRURGI

(Se kap. 2.4)

Mange nye legemidler er i øyeblikket under utvikling. Informasjonen i dette heftet skal kun oppfattes som en veiledning, og du bør ikke gjøre noen endringer i din behandling uten at du har diskutert dette med legen.

Unngå tilbakefall

LEGEMIDLER VIRKER KUN HVIS DE BLIR TATT!

Forebyggende medisinsk behandling er viktig når man har hatt et tilbakefall av sykdommen. Behandlingen skal ofte fortsette i flere år. Det er derfor viktig at medisinen er enkel å ta, med så få doseringer som mulig og uten vesentlige bivirkninger. Alle som har erfaring og kjennskap til kronisk (vedvarende) sykdom vet at det kan være vanskelig å huske å ta medisinen når man ikke har symptomer. Undersøkelser har vist at det er inntil fem ganger økt risiko for tilbakefall hvis man slutter å ta den forebyggende medisinen. Det kan være nyttig å ta medisinen samtidig med faste daglige gjøremål som spising eller tannbørsting. På den måten blir det lettere å huske. Benytt deg av de anbefalte besøk på en spesialistpoliklinikk for å sikre optimal kontroll og veiledning vedrørende behandling. Her vil du kunne få informasjon om nye og bedre behandlingsalternativer som måtte komme.

ULCERØS KOLITT

Nedenfor er det anført enkelte forholdsregler som kan bidra til å forhindre oppbluss av sykdommen. Mange ganger er oppbluss umulig å unngå, men hvis du følger nedenfor stående råd, vil risikoen kunne reduseres.

- Følg behandlingen. Ta den medisinen som legen din har ordinert. Stopp ikke fordi du føler deg frisk. Legen din vil fortelle deg når det er tilrådelig å stoppe.
- Kontakt lege eller IBD sykepleier så snart du merker forverring av sykdommen slik at behandlingen eventuelt kan justeres.
- Mage- og tarminfeksjoner kan utløse et tilbakefall. God mathygiene er derfor viktig, prøv å unngå situasjoner som kan utsette deg for slike infeksjoner. Ta nødvendig forhåndsregler med blant annet god håndhygiene spesielt når du er ute og reiser.
- Unngå matvarer og situasjoner som du har erfaring med kan utløse et tilbakefall.
- Vær forsiktig med bruk av smertestillende legemidler som hører til gruppen NSAID (Ibux, Naprosyn, Voltaren, Brexidol osv.). Hos noen kan disse medisinene forårsake utbrudd av tarmsykdommen. Det er viktig at du rådfører deg med legen din. Ved behov for smertestillende medisin kan du ta paracetamol.

**SPESIELT FOR CROHNS SYKDOM
GJELDER:**

- Hold deg til den dietten du eventuelt har avtalt med legen din.
- Hvis du røyker så er det veldig viktig at du stopper. De som røyker har dobbelt så stor risiko for tilbakefall og operasjon som ikke-røykere.



Kirurgisk behandling av IBD

En del pasienter med IBD vil på et eller annet tidspunkt bli operert for sykdommen. Hvis den medisinske behandling svikter er en operasjon ofte å foretrekke i stedet for vedvarende symptomer. Noen ganger kan en operasjon være uunngåelig hvis sykdommen utvikler seg akutt. I forbindelse med vurdering for operasjon vil det hos langt de fleste bli foretatt endoskopisk undersøkelse og bildediagnostikk (CT, UL eller MR) for å få nødvendig informasjon om sykdommens utbredelse og alvorlighetsgrad.

Ulcerøs kolitt

I løpet av de første 5 årene etter at diagnosen ulcerøs kolitt er stilt vil ca. 7-8 % av pasientene bli operert med fjerning av tykktarmen (kolektomi). Av disse er det ca. 2/3 som blir operert i løpet av de første 2 årene. Dvs. jo lenger man har sykdommen, jo mindre er risikoen for operasjon. I tillegg er det slik at nesten alle som blir operert har sykdommen lokalisert i hele tykktarmen (total kolitt). Det er å håpe at færre vil bli operert i fremtiden pga. stadig forbedring av den medisinske behandlingen.

AKUTT OPERASJON

I noen få tilfeller med alvorlig utbrudd av aktiv sykdom kan det bli aktuelt

med akutt operasjon. Under innleggelse i sykehus vil spesialister i gastromedisin og -kirurgi i samarbeid gjøre en daglig vurdering av pasienten. Operasjon kan bli nødvendig hvis det er ingen eller liten respons på optimal medisinsk behandling eller det blir en forverring av tilstanden.

PLANLAGT OPERASJON

Noen pasienter har til tross for kontinuerlig medisinsk behandling vedvarende symptomer med hyppige avføringer og plutselig avføringstrang som bidrar til å redusere livskvaliteten og muligheten for å leve et normalt liv. En vel planlagt operasjon kan være å foretrekke i stedet for å leve med symptomene. Hos enkelte pasienter med mange års sykdom kan det oppstå celleforandringer i slimhinnen som krever operasjon med fjerning av tykktarmen.

OPERASJON

Den kirurgiske behandlingen av ulcerøs kolitt er vanligvis fjerning av tykktarmen og endetarmen og konstruksjon av et bekkenreservoar som skjøtes til endetarmsåpningen (ileoanal anastomose = IAA). Behandlingen vil bestå av 2 eller 3 operasjoner avhengig av pasientens tilstand. Ved første operasjon anlegges en midlertidig ileostomi (se neste side).

STOMI

Ved en ileostomi munner tynntarmen ut i åpning på bukveggen, lokalisert nede på høyre side av magen. Stomistedet markeres før operasjonen. En plate med et hull som passer helt presist til stomien festes til huden rundt stomien for å unngå lekkasje. Over stomien setter man så en tettsluttende pose (stomipose) som samler opp tarminnholdet. Det finnes forskjellige størrelser og systemer. Man blir ikke utskrevet fra sykehuset før man er lært opp til å håndtere stomien på egen hånd. Det finnes også sykepleiere som har spesialkompetanse om stomier og som kan kontaktes hvis det oppstår problemer.

RESERVOAR/POUCH

Et reservoar lages ved at det først konstrueres et kort dobbeltløp ved at enden av tynntarmen bøyes tilbake. Dernest snittes tynntarmen opp inne i dobbeltløpet og sys sammen til en pose. I bunnen av posen lages så et hull som festes til endetarmsåpningen. Et slikt reservoar eller pouch har både fordeler og ulemper. For mange pasienter er den viktigste fordelen at man unngår en permanent stomi. Hyppige toalettbesøk er vanlig og avføringen vil som regel være veldig løs, men disse symptomene kan reduseres ved bruk av diaréstoppende midler. En del pasienter kan få betennelse i reservoaret som kan være plagsomt og som krever egen behandling. Denne betennelsen omtales som pouchitt.

Crohns sykdom

Et stort antall av alle pasienter med Crohns sykdom vil på et tidspunkt få kirurgisk behandling. Operasjon må vurderes og kan bli nødvendig i flere forskjellige situasjoner:

- Tiltagende forsnevring (striktur) av tarmåpningen, oftest i tynntarmen: I

typiske tilfeller vil det oppstå anfall med takvise magesmerter ofte i tilknytning til måltider, av og til ledsaget av kvalme og eventuelt oppkast. Den kirurgiske behandling vil vanligvis være å fjerne det trange partiet i tarmen. I noen tilfeller kan man også løse problemet ved å lage et lite snitt i tarmen på langs og sy sammen på tvers (strikturplastikk). På den måten blir det bedre passasje uten at noe tarm er blitt fjernet.

- Utvikling av en verkebyll mellom betente tarmavsnitt: Tilstanden skyldes at betennelsen går dypt og gjennom tarmveggen og medfører som oftest vedvarende magesmerter og feber. Noen kan behandles med innleggelse av et lite plastrør (dren) i verkebyllen slik at denne kan tømmes for puss, men i de fleste tilfeller blir det nødvendig med operasjon og fjerning av det tarmavsnittet som er angrepet.
- Vedvarende betennelse i tarmen med diaré, magesmerter og redusert allmenntilstand til tross for medisinsk behandling: I noen tilfeller er det aktuelt å overveie kirurgisk behandling fordi de medisinene man har til rådighet i behandlingen av tarmsykdommen ikke gir tilfredsstillende sykdomskontroll eller alvorlige bivirkninger. Hvis endetarmen og endetarmsåpningen er svært angrepet kan en avlastende stomi eller også en permanent stomi være et behandlingsalternativ.

OPERASJONEN

Prinsippet ved operasjon for Crohns sykdom er at det fjernes så lite tarm som mulig, det vil si at man fjerner kun den delen av tarmen som er årsak til komplikasjonen eller symptomene. Etter fjerning av et stykke av tarmen vil de to tarmendene nesten alltid kunne skjøtes slik at en stomi kan unngås.

Hvis endetarmen blir fjernet må det imidlertid anlegges en stomi.

STOMI

Se under ulcerøs kolitt. Ileostomi er den hyppigste formen for stomi. Hvis det er tykktarmen som føres ut gjennom bukveggen kalles det en kolostomi.

RESERVOAR (POUCH/KUNSTIG ENDETARM)

Kan normalt ikke etableres hos pasienter med Crohns sykdom.

FORHOLDSREGLER I FORBINDELSE MED OPERASJON

I de senere år er man blitt klar over betydningen av en sunn livsstil før en planlagt operasjon. Røykestopp reduserer klart risikoen for komplikasjoner, spesielt dårlig sårtilheling og lekkasje i tarmskjøten. Man bør også være tilbakeholdende med inntak av alkohol. Det er også viktig med riktig og tilstrekkelig ernæringen. Disse forholdene må du snakke med legen din om.

ETTER OPERASJONEN

Det er et mål at man allerede er oppe av sengen den første dagen etter operasjonen. De første ti dagene kan man ta en dusj, men ikke legge seg i badekaret. Såpe og kremer kan brukes som vanlig. Tunge løft (over ca. 5 kg) må unngås de første 4-6 ukene etter operasjonen. Det er viktig med daglig mosjon.

Kost og IBD

Helt fra man ble klar over at det fantes kroniske inflammatoriske tarm-sykdommer har man forsøkt å behandle sykdommene med diett og ulike dietter er blitt brukt med vekslende hell. I en periode hadde man også tro på at "tarmhvile" var en god behandling dvs. at pasienten helt sluttet å spise og i stedet fikk all næring i flytende form direkte i en blodåre. Også i dag er det stor variasjon i de råd som gis vedrørende kosthold. Mange pasienter opplever dette som forvirrende og er i tvil om hvilke råd de bør følge. Til en viss grad er rådene avhengig av om man har ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom, hvor i tarmen sykdommen er lokalisert, og om det er aktiv betennelsen eller ikke. Selv om dette fortsatt er et spennende diskusjonstema er det bred enighet om at de fleste pasienter med inflammatorisk tarmsykdom bør følge vanlige retningslinjer for et sunt og variert kosthold.

HVA ER ET SUNDT OG VARIERT KOSTHOLD?

De grunnleggende prinsipper for kosthold ved inflammatorisk tarmsykdom er de samme som for hele befolkningen. Det betyr at kosten skal være sammensatt av karbohydratrike produkter (poteter, pasta, ris, brød,

havregryn), proteinrike produkter (kjøtt, fisk, melk, egg, ost) og mindre mengder fett, spesielt animalsk fett. Sammen med frukt, grønnsaker og væske vil et slikt kosthold tilføre kroppen den energi, de vitaminer og sporstoffer som er nødvendige for å sikre en god helse. Fordøyelsen påvirkes når man har en sykdom i mage-tarmkanalen og hos noen pasienter kan dette få betydning i forhold til kostholdet.

Statens ernæringsråd har nylig (januar 2011) kommet med råd for ernæring som gjelder hele befolkningen. "KOSTRÅD FOR Å FREMME FOLKEHELSEN OG FOREBYGGE KRONISKE SYKDOMMER" som er 13 nasjonale anbefalinger på hvordan vi skal sette sammen kostholdet vårt. Den er verd å lese med tanke på å ha et riktig og balansert kosthold som utgangspunkt. Når man allerede har en kronisk sykdom med ubehagelige symptomer som varierer over tid kan det være aktuelt med visse kosttilpasninger. Mange matvarer kan forverre diaré-symptomene og luftplager og flere av dem er listet opp nedenfor. Men husk at dette bare er veiledende og at det er store individuelle forskjeller også i gode og syke perioder. Sannsynligvis tåler du mer i gode perioder.

Laktose:

Laktoseintoleranse er nedsatt evne til å fordøye melkesukker. Dette kan gi diaré, magesmerter og luftplager ved inntak av melk. Evnen til å fordøye melkesukker kan variere etter sykdomsaktiviteten. 20% av IBD-pasientene har kronisk laktoseintoleranse og flere sliter med å tåle melk i dårlige perioder. Blir du satt på en prednisolon/kortisonkur av legen din er det ekstra viktig å få i seg kalsium for å unngå osteoporose over tid. Melk er en viktig kilde til kalsium og da kan det være godt å vite at det ikke er laktose i gulosten eller andre faste hvite oster som brie og camembert. (Vær forsiktig med brunost, prim, hapå, is, lys sjokolade, søte melkeretter, søt drikkemelk, cottage cheese, rømme, crème fraiche, fløte. Laktosefrie produkter finnes i butikkhyllene.) Andre kilder til kalsium er brokkoli, tørket frukt, sardiner, nøtter/mandler, grove kornprodukter og soyaprodukter.

Fruktose:

Matvarer som inneholder store mengder ren fruktose er vanskeligere for tarmen å absorbere enn matvarer som inneholder en blanding av fruktose og glukose. (som for eksempel bringebær og blåbær). Matvarer som inneholder mye fruktose er for eksempel epler, pærer, kirsebær, moreller, fersken, nektariner, plommer. Mens frukt som IBD-pasienter ofte tåler bedre er ananas, kiwi, appelsin og grapefrukt da disse fruktene inneholder lite fruktose. Juice kan ofte bli for konsentrert og tåles generelt dårligere. Å spe den ut kan være lurt.

Sukkeralkoholer/kunstige søtningstoffer:

Matvarer som inneholder sorbitol, xylitol maltitol m.fl og aspartam finnes i tygggummi, pastiller, hostesaft, skumgodt, lettsaft og lettbrus. Dette er

matvarer som ofte tåles dårlig av IBD-pasienter på grunn av sin drivende effekt på tarmen og de gir mye ekstra luftplager.

Fiber:

Det anbefales fiberreduert kost i dårlige sykdomsperioder. Og ved forsnevring i tarm vil visse typer fiberrik mat kunne sette seg fast og gi smerter som for eksempel sitrusfrukter, mais, ananas, asparges. Når fiber skal brukes, velg da løselige fiber som havre, frukt, grønnsaker, mellomgrovt brød, ris, poteter, pasta. (eksempel på uløselige fiber er hvete, mais, grov ris, skall, nøtter, frø, bønner, helkorn)

Probiotika:

I tarmen har vi nyttige bakterier og ved for eksempel en antibiotikakur eller ferietur kan denne balansen forskyves kraftig. Probiotiske produkter som Yoghurt, Cultura, Biola og Idoform kapsler er tilsatt gode bakteriestammer som skal hjelpe til å opprettholde denne balansen. De best dokumenterte er A+ B+ LGG-bakterier. Tilførsel av probiotiske bakterier bidrar til å rebalansere tarmfloraen og derved motvirker både løs mage og forstoppelse. Bakteriene hjelper til å bryte ned ufordøyd mat som fiber og fremmedstoffer. Det må tas et lite glass hver dag for å oppnå sannsynlig effekt.

Fett:

Noen kan ha nedsatt evne til å fordøye fett, spesielt de som er syke i nedre del av tynntarmen. Fettet kommer da ut med avføringen og det kalles steatoré. Hvis en reduserer fettinntaket til ca 2 ss / 40g om dagen avtar steatoré. Litt fett skal man ha blant annet for å få i seg de fettløslige vitaminene, som for eksempel Vit D. Ofte tåles fett fra planter og fisk bedre enn mettet fett.

Lettfordøyelig kost:

Om du er i en dårlig fase av

sykdommen kan det være bra å være litt forsiktig med enkelte matvarer eller konsistens på matvarer. Her er noen stikkord til hva en kan ha nytte av å vite noe om:

- Begrens bruken av laktoserike meieri-produkter.
- Unngå sterkt saltet kjøtt, røkt kjøtt, fete pølsevarianter, kjøttvarer med hard skorpe, mørt kjøtt.
- Unngå sterkt saltet og speket fisk.
- Havregrøt tåles godt og kan benyttes, men unngå grøt med mye fett og melk i.
- Kokte grønnsaker er mer lettfordøyelige enn rå.
- Tørket frukt som svsker og aprikoser gir ofte mer diaré. Det samme gjør alkohol og store mengder sukker og søtsaker.
- Unngå gassdannede grønnsaker, tomat og tomatprodukter.
- Sterkt krydret mat, kaffe, te, syrlige juicer, kullsyre og kakao er matvarer som ofte tåles dårlig.
Mat som tygges godt eller er moset/bearbeidet med stavmixer/spedd ut som i supper tåles ofte mye bedre.

Gassdannede matvarer:

Hodekål, rosenkål, erter, bønner, linser, løk, reddik, rå og "halvkokte" grønnsaker.
Kullsyreholdig drikke som brus, farris, øl, champagne.
Kunstig søtningstoff, spesielt sorbitol.
Tygg gummi, pga svelging av luft og kunstig søtstoff.
Spiser du mye melkesukker hvis du ikke tåler det så godt, merker du det tydelig på gassproduksjon i tarmen. Det samme skjer hvis du plutselig bestemmer deg for å ha et mye høyere inntak av fiber.
Å sitte ned og spise langsomt, ha rolige måltider og tygge maten godt med lukket munn kan hjelpe og kanskje te av fennikel, karve og anis?

Når luftplagene er en realitet kan det hjelpe å bevege seg, gå rolig og å massere magen ved å stryke mot venstre.

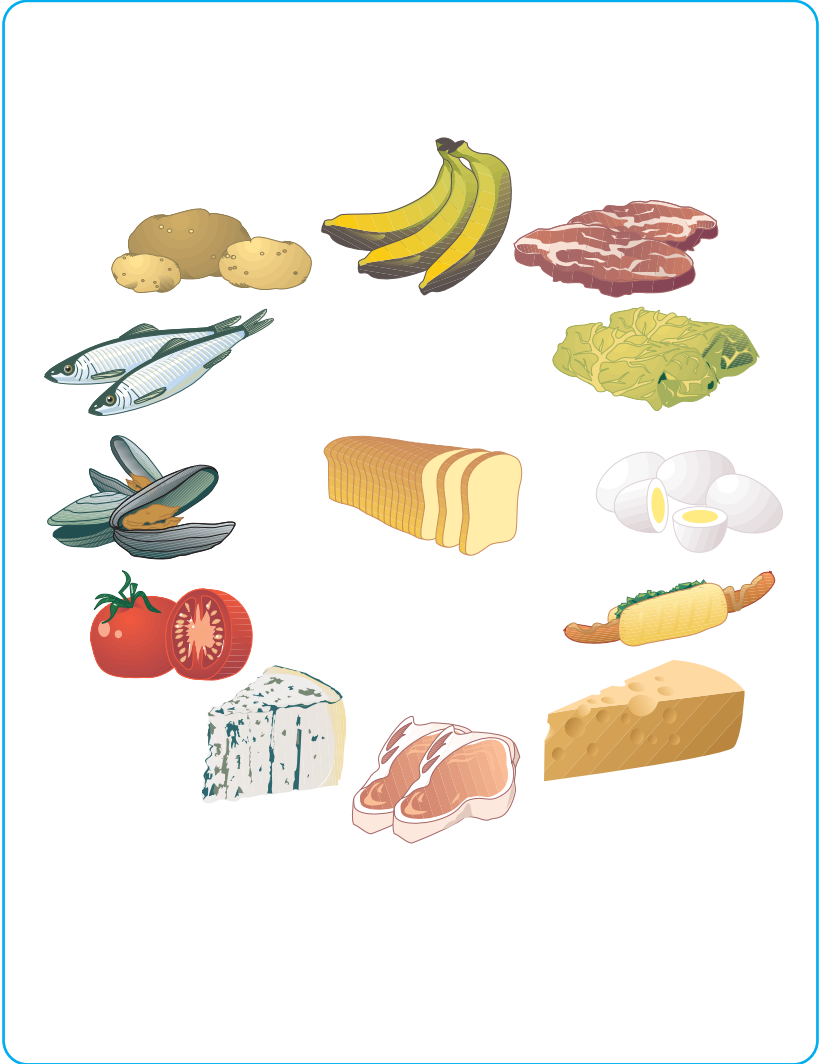
Gode kostråd:

Spis variert og bruk mat fra alle matvaregruppene.
Spis ofte, lite og regelmessig, ca hver tredje time.
Ta det med ro under måltidet og tygg maten godt.
Drikk rikelig.
Unngå unødige kostrestriksjoner.
Tilpass kosten i dårlige perioder etter hva du erfarer at fungerer for deg og følg med på vekten.

Mange av disse kostrådene er hentet fra samtaler med IBD-pasienter, helsedirektoratet.no og klinisk ernæringsfysiologene Anne Høidalen, OUS og Tine Holler, OUS

BETENNELSE OG KOST

Når det er aktiv betennelse i tarmen kan det oppstå smerter, ubehag og kvalme. Dette kan påvirke appetitten og eventuelt medføre vekttap. Samtidig kan en betent tarm gi diaré som følge av nedsatt opptak av vann og salt. På grunn av sår dannelse i slimhinnen kan kroppen miste blod, proteiner og væske, og det kan oppstå blodmangel. Hvis appetitten er dårlig anbefales ofte hyppige og mindre måltider. Tilskudd av ulike energirike næringsdrikker kan også forsøkes.



Alternativ behandling

De fleste med kronisk (vedvarende) sykdom har et ønske om selv å gjøre noe for å få sykdommen til å roe seg og forhindre tilbakefall. Dette gjelder selvfølgelig også pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. En mulighet til selv å gjøre noe er bruk av alternativ behandling. Det som skiller alternativ behandling fra "skolemedisinen" er først og fremst at virkningen av alternativ behandling ikke er blitt bevist i vitenskapelige studier. I så fall ville behandlingen ikke lenger være "alternativ". Alternative behandlinger er heller ikke grundig undersøkt for eventuelle bivirkninger. Det er derfor ikke mulig å gi en faglig begrunnet anbefaling om hvilke alternative behandlinger som kan brukes ved inflammatorisk tarmsykdom.

ALTERNATIV MEDISIN

Det finnes et stort antall forskjellige alternative medisinske preparater som hevdes å ha effekt på inflammatorisk tarmsykdom. Felles for dem alle er at denne effekten ikke er bevist. Dette utelukker naturligvis ikke at de kan ha en effekt. Det er fullt forståelig at noen pasienter forsøker alternativ medisin hvis man føler at den medisinen som er forordnet av lege ikke virker på sykdommen, eller har store bivirkninger. Minst halvparten

av den norske befolkning benytter seg av ulike former for alternativ behandling. Det er imidlertid viktig at man snakker åpent med legen sin om bruk av slik behandling og ikke slutter med den medisinen som legen har ordinert uten å si i fra.