

FAQ IBD 2024

Geachte lezer,

Dit document bevat antwoorden op Frequently Asked Questions (FAQ) op het gebied van voedingsbehandeling bij Inflammatory Bowel Disease (IBD). De antwoorden zijn een samenvatting en standpunt gebaseerd op recente literatuur, danwel expert opinion indien literatuur ontbreekt. Naast de antwoorden die worden gegeven in dit document, raden we ook dringend aan de achtergrondliteratuur en/of de gehele richtlijnen te blijven raadplegen. Voorbeelden hiervan zijn [ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease, IBD \(ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa\) - NVD](#), [Startpagina - Inflammatoire darmziekten - Richtlijn - Richtlijndatabase](#), www.nutritionaltherapyforibd.org.

Namens werkgroep IBD, netwerk diëtisten MDL, oktober 2024.

Inhoud

1. Wanneer wel/geen laag FODMAP dieet gaan volgen of adviseren?	2
2. Welke voedingsadviezen kun je geven aan patiënten met IBD om een bijdrage te leveren aan behoud van remissie en een exacerbatie te voorkomen?.....	3
3. Zijn er producten die afgeraden worden bij een exacerbatie?.....	4
4. Is het aan te raden probiotica te adviseren?	5
5. Wanneer is het nodig om voedingssupplementen te adviseren?	7
6. Is er een reden een patiënt die glutenvrij wil eten bij IBD dit te ontraden?	8
7. Is er ruimte voor CDED in dieetbehandeling van volwassen patiënten met IBD?.....	9
8. Standpunt alternatieve c.q. orthomoleculaire voeding / onderzoeken	10
9. Is of wanneer is (volledig) sondevoeding als therapie bij een exacerbatie aan te raden?.....	11

1. Wanneer wel/geen laag FODMAP dieet gaan volgen of adviseren?

Als een patiënt met IBD het laag-FODMAP dieet wil volgen dan is het belangrijk om samen de voor- en nadelen door te spreken. Om welke reden wil de patiënt het laag-FODMAP dieet volgen? En is er medisch een indicatie voor.

Er is heden geen bewijs dat een laag-FODMAP dieet een bijdrage levert aan het induceren van remissie in IBD. In de remissie fase van IBD met daarbij gastro-intestinale symptomen passend bij prikkelbaredarmsyndroom (PDS) kan het laag-FODMAP dieet mogelijk een bijdrage leveren bij het opsporen van voedingsgroepen die klachten uitlokken (triggers).

De belangrijkste boodschap op het gebied van voeding bij IBD in remissie met daarbij PDS klachten is: 'Probeer zo gezond, gevarieerd en vezelrijk mogelijk te eten én alleen die voedingsmiddelen (tijdelijk) te verminderen/ vermijden die daadwerkelijk de PDS-klachten uitlokken.'

Het is te adviseren om de voedingsinterventie te starten met een grondige anamnese door de diëtist. Dit is vaak al voldoende om voedingsmiddelen aan het licht te brengen die de PDS-klachten uitlokken, maar voor een subgroep blijft dit een uitdaging; dan kan het laag-FODMAP dieet een volgende stap zijn.

Het is van belang om een laag-FODMAP- dieet altijd onder begeleiding van een diëtist te laten plaatsvinden die bekend is met dit dieet, om de drie fases van eliminatie, herintroductie en onderhoud goed te doorlopen en om voedingsdeficiënties te voorkomen.

Gezien de restrictieve aard van het 'klassieke' laag-FODMAP-dieet en omdat er nog weinig onderzoek gedaan is naar de herintroductiefase en de langetermijneffecten van een laag-FODMAP-dieet kan ook een 'bottom-up' benadering overwogen worden. Daarbij wordt op basis van het diëtistisch onderzoek een keuze gemaakt om specifieke FODMAP's te elimineren, in plaats van alle FODMAP's tegelijk, om het effect op de symptomen te evalueren. Deze aanpak vereist mogelijk een minder intensieve dieetaanpassing, maar tot op heden ontbreken klinische ervaring en wetenschappelijk bewijs van hoge kwaliteit.

In de richtlijn Prikkelbaredarmsyndroom van de Federatie Medische Specialisten 2022 is een bijlage opgenomen met een praktische uitwerking voor de diëtist. Deze kan als uitgangspunt gebruikt worden voor de dieetbehandeling bij IBD met PDS klachten (mits er geen sprake is van een stenose). Zie hiervoor onderstaande link:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prikkelbaredarmsyndroom/behandeling_van_pds/voeding.html#attachment-6

Wees bij IBD alert op eventuele stenoserende klachten; dit kan een reden zijn om (tijdelijk) de consistentie van voeding aan te passen.

Literatuur

- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al A. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023;42(3):352-79. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- *Inflammatoire darmziekten (Inflammatory Bowel Disease IBD), Dieetbehandelingsrichtlijnen*, Uitgeverij 20/10, 2019
- Federatie Medische Specialisten, Prikkelbaredarmsyndroom, MDL richtlijnen, 2022
- Mujagic Z, Brouns J, Keszthelyi D et al. Voedingsinterventies voor het prikkelbaredarmsyndroom, *NTvG*, 2023;167:D7356

2. Welke voedingsadviezen kun je geven aan patiënten met IBD om een bijdrage te leveren aan behoud van remissie en een exacerbatie te voorkomen?

De oorzaak van het ontstaan van een exacerbatie is multifactorieel. Voeding is naast onder andere genetische aanleg en omgevingsfactoren, één van de onderdelen die invloed heeft op het ontstaan van een exacerbatie.

Uit onderzoeken naar het effect van verscheidene producten en productgroepen op het ontstaan van IBD en het verloop van de ziekte komen soms tegenstrijdige resultaten. Wel zijn er aanwijzingen dat bepaalde voedingspatronen geassocieerd zijn met het krijgen van een exacerbatie. Hierbij is onder andere het Westerse voedingspatroon (hoog in vet en suiker, laag in groenten en fruit) ongunstig. Andere voedingspatronen en diëten geven gunstige effecten op het ontstaan en verloop van IBD. Het Mediterrane dieet is daar een voorbeeld van. Deze voedingspatronen kenmerken zich door:

- Ruim gebruik van fruit en groenten
- Onbewerkte zuivel (melk, yoghurt, kefir, harde kazen, enzovoorts)
- Beperkt in rood vlees (voorkeur voor kip en vis, eieren, peulvruchten)
- Volkoren graanproducten
- Beperkt in alcohol
- Beperkt in ultra bewerkte voeding (gebruik van zoveel mogelijk onbewerkte voeding) vanwege bepaalde hulpstoffen/additieven als carboxymethylcellulose (E466) en carrageen (E407)
- Beperkt in suiker en zout

In de remissiefase wordt geadviseerd om een gezond eetpatroon, conform Richtlijnen Goede Voeding of Mediterrane voeding, te volgen.

Literatuur

- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al A. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023;42(3):352-79. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- Campmans-Kuijpers MJE, Dijkstra G. Food and Food Groups in Inflammatory Bowel Disease (IBD): The Design of the Groningen Anti-Inflammatory Diet (GrAID). *Nutrients*, 2021;13(4):1067. doi: 10.3390/nu13041067. PMID: 33806061; PMCID: PMC8064481

3. Zijn er producten die afgeraden worden bij een exacerbatie?

Ongeveer 40% van de patiënten denkt dat voeding een rol speelt bij het ontstaan van IBD en een groot deel van de patiënten denkt dat voeding een rol speelt in het ziektebeloop. Ruim 60% van de patiënten krijgt meer klachten bij specifieke voedingsmiddelen en ruim 65% van de patiënten mijdt daarom voedingsmiddelen ter preventie van een opvlamming en/of om klachten te verminderen. Het aanpassen van het dieet gebeurt vaak op basis van eigen ervaring, ervaring van anderen, volgen van specifieke diëten met/zonder begeleiding van diëtist.

Op dit moment is er nog geen specifiek dieet welke een opvlamming kan voorkomen en/of de ziekte in rust kan brengen bij een exacerbatie. Het is op dit moment daarom ook niet nodig een specifiek voedingsmiddel af te raden bij exacerbatie van de ziekte van Crohn en/of Colitis.

Ondanks dat er geen harde data zijn, kan het nodig zijn om de consistentie van de voeding aan te passen bij patiënten met obstructieve klachten als gevolg van stenose.

Literatuur

- Dijkhuizen M. Kennis en attitude diëtist belangrijk bij dieetbehandeling van mensen met IBD. *Voeding en Visie*, 2015;28:20-3
- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al A. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023, 42(3):352-379. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- Limdi JK, Aggarwal D, McLaughlin JT. Dietary practices and beliefs in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 2016, 22:164-70
- Limketkai BN, Ihezor-Ejiofor Z, Gjuladin-Hellon TP, et al. Dietary interventions for induction and maintenance of remission in inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 2(2):CD012839. doi: 10.1002/14651858.CD012839.pub2
- Murtagh A, Cooney L, Higginbotham C, Heavey P. Dietary practices, beliefs and behaviours of adults with inflammatory bowel disease: a cross-sectional study. *Ir J Med Sci*, 2023, 192(3):1115-1124. doi: 10.1007/s11845-022-03097-5
- Tomar SK, Kedia S, Upadhyay AD. Impact of dietary beliefs and practices on patients with inflammatory bowel disease: an observational study from India. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 2017; 1:15-21
- de Vries JHM, Dijkhuizen M, Tap P, Witteman BJM. Patient's Dietary Beliefs and Behaviours in Inflammatory Bowel Disease. *Digestive diseases*, 2019, 237: 131-9

4. Is het aan te raden probiotica te adviseren?

Probiotica bij ziekte van Crohn

Voor het induceren van remissie met probiotica zijn er zijn twee gerandomiseerde onderzoeken uitgevoerd waarbij gekeken werd naar de rol probiotica bij het induceren van remissie. Hierbij werden geen significante verschillen in remissie gevonden tussen de placebo en probiotica (33,3% versus 31,6%). Voor het behoud van remissie bij ziekte van Crohn is in 2020 door Guslandi et al een behandeling met het probioticum *S. boulardii* in combinatie met mesalazine vergeleken in effectiviteit met een behandeling met louter mesalazine. De uitkomst was dat 6,3% van de patiënten met de combinatie behandeling een exacerbatie hadden binnen zes maanden. Bij de andere groep met een behandeling van alleen mesalazine was dit 37,5%. In het onderzoek van Boureille (2013) bleek dat 47% van de patiënten die het probioticum *S. boulardii* hadden gekregen binnen een jaar een exacerbatie hadden van de Ziekte van Crohn. Bij de placebo groep was dit 53%.

Concluderend kunnen we stellen dat er beperkt onderzoek gedaan is en er onvoldoende bewijs is om probiotica te adviseren bij het induceren van en behouden van een remissie bij ziekte van Crohn.

Probiotica bij Colitis Ulcerosa

Voor het induceren van remissie bij CU met probiotica is een meta-analyse uitgevoerd waaruit blijkt er geen significant verschil tussen de placebo en probiotica groep. Echter, bij 3 van de studies werd dezelfde (specifiek) probiotica gebruikt, VSL#3. De uitkomst van de subanalyse van alleen deze 3 studies werd er wel een significant verschil gevonden.

Voor het behoud van remissie bij CU met probiotica bleek uit de meta analyse van Jonkers (2012) dat er geen significant verschil gevonden is tussen de groep met de *E. coli* Nissle 1917 en de groep die mesalazine kreeg. Ook uit de acht gerandomiseerde onderzoeken (werd geen significant verschil gevonden. Concluderend, conform conclusie bij ziekte van Crohn is er ook bij CU onvoldoende bewijs voor het gebruik van probiotica.

Probiotica bij Pouchitis

In een systematische review met meta-analyse door Nguyen in 2019 werd gekeken naar de effectiviteit van VSL#3 bij acute pouchitis en de preventie van pouchitis. Uit de geïncludeerde onderzoek van Goinchetti (2013) en Pronio (2008) bleek dat het relatief risico op geen pouchitis 1,1 (0.89 tot 1.36) bij acute pouchitis was. In het geval van chronische pouchitis werd door Nguyen de studies van Gionchetti (2000) en Mimura (2004) bekeken. Hieruit bleek dat de groep die VSL#3 kreeg een grotere kans had op het behouden van de remissie tegenover de groep met placebo.

Concluderend: Er zijn aanwijzingen dat VSL#3 kan bijdragen aan het voorkomen van recidiverende pouchitis. Er zijn geen nadelen bekend bij het gebruik van VSL#3 en VSL#3 kan mogelijk pouchitis voorkomen, VSL#3 kan overwogen worden bij patiënten met colitis ulcerosa.

NB.

- 1) De samenstelling van VSL#3 is wel aangepast in 2016. Het bevat vanaf 2016 geen Dr. Simone Formule (DSF) meer. Het wetenschappelijk bewijs was specifiek voor de DSF. Hierdoor kan nu niet gezegd worden dat de huidige VSL#3 een positieve bijdrage kan leveren bij recidiverende pouchitis. De DSF is nu onder de naam Vivomixx in Europa en Azië te krijgen en bevat 8 bacteriestammen.
- 2) NB. VSL#3 staat voor een probiotium met 8 levende bacteriestammen en > 1 miljard actieve bacteriën (nl 450 miljard). Indien probiotica wordt gebruikt wordt kan mogelijk een ander merk met >1 miljard en zoveel mogelijk bacteriestammen geadviseerd en na 1 maand geëvalueerd worden.

Prebiotica bij IBD

Prebiotica zijn fermenteerbare koolhydraten met grote verscheidenheid aan chemische structuren die worden toegediend voor lokale of systemische gezondheidsvoordelen. Hypothesen over de

mogelijkheid om prebiotica te gebruiken als onderdeel van IBD therapie gaan ervan uit dat suppletie met geselecteerde vezelsfracties, inclusief fermenterende koolhydraten, gericht op de bevordering van specifieke bacteriën en/of de productie van specifieke metaboliëten door specifieke bacteriën het veronderstelde gunstige effect kunnen veroorzaken. De onderzoeken naar het gebruik van prebiotica bij IBD patiënten zijn zeer schaars en er wordt voornamelijk gekeken naar oligosacchariden en inuline. Met voeding kun je voor inname van prebiotica zorgen. Prebiotica is van belang als voedsel voor de microbiotia alsmede voor een positieve invloed op de darmgezondheid en darmwerking.

Literatuur

- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/inflammatoire_darmziekten_volwassenen/voeding/voedingssupplementen.html , Geraadpleegd op 20-02-2024
- <https://www.ecco-ibd.eu/publications/ecco-news/item/2023-3-ecco-official-statement.html> Geraadpleegd op 20-11-2024
- Bourreille A, Cadiot G, Le Dreau G, et al. Saccharomyces boulardii does not prevent relapse of Crohn's disease. Clin Gastroenterol Hepatol, 2013;11(8):982-7 doi:10.1016/j.cgh.2013.02.021
- Derwa Y, Gracie DJ, Hamlin PJ, et al (2017). Systematic review with meta-analysis: the efficacy of probiotics in inflammatory bowel disease. Alimentary pharmacology & therapeutics, 2017; 46(4):389-400
- Gionchetti P, Rizzello F, Venturi A, et al. Oral bacteriotherapy as maintenance treatment in patients with chronic pouchitis: a double-blind, placebo-controlled trial. Gastroenterology, 2000;119(2):305-9
- Gionchetti P, Rizzello F, Helwig U, et al. Prophylaxis of pouchitis onset with probiotic therapy: a double-blind, placebo-controlled trial. Gastroenterology, 2003;124(5):1202-9
- Guslandi M, Mezzi G, Sorghi M, et al. Saccharomyces boulardii in maintenance treatment of Crohn's disease. Digestive diseases and sciences, 2000;45(7):1462-4
- Malchow HA. Crohn's disease and Escherichia coli. A new approach in therapy to maintain remission of colonic Crohn's disease? J Clin Gastroenterol, 1997;25(4):653-8
- Mimura T, Rizzello F, Helwig U, et al. Once daily high dose probiotic therapy (VSL#3) for maintaining remission in recurrent or refractory pouchitis. Gut, 2004;53(1): 108-14
- Pronio A, Montersani C, Butteroni C, et al. Probiotic administration in patients with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis is associated with expansion of mucosal regulatory cells. Inflammatory bowel diseases, 2008;14(5): 662-8
- Schultz M, Timmer A, Herfarth HH, et al. Lactobacillus GG in inducing and maintaining remission of Crohn's disease. BMC Gastroenterol, 2004;4:5. doi:10.1186/1471-230X-4-5

5. Wanneer is het nodig om voedingssupplementen te adviseren?

Patiënten met IBD hebben we een verhoogd risico op het ontwikkelen van deficiënties tgv van verliezen via de darm door diarree, verminderde opname door malabsorptie, intestinaal falen en inadequate inname via de voeding door anorexie bij actieve ziekte.

Deficiënties komen vaker voor patiënten met de ziekte van Crohn dan bij patiënten colitis ulcerosa. Het is aan te bevelen patiënten, in ieder geval jaarlijks en op indicatie vaker, te controleren op eventuele deficiënties. Ook in de remissiefase en bij patiënten in goede voedingstoestand worden regelmatig deficiënties gevonden.

Een multivitamine supplement kan sommige deficiënties tijdelijk oplossen. Maar vaak is gerichte suppletie nodig voor de langere termijn.

Hieronder is een overzicht weergegeven van een aantal micronutriënten waarbij IBD-patiënten risico hebben op het ontstaan van deficiënties en suppletie mogelijk noodzakelijk is. Voor een uitgebreider overzicht: zie Dieetbehandelingsrichtlijn Inflammatoire darmziekten (www.dieetbehandelingsrichtlijn.nl)

Micronutriënt	Risico
Natrium/kalium/magnesium	Risico op deficiënties bij aanhoudende diarree, (high-output)stoma, braken of verminderde inname
IJzer	Een tot tweede derde van de IBD-patiënten hebben een ijzertekort door bloedverlies, verminderde inname en malabsorptie. Anemie is de grootste complicatie van IBD.
Foliumzuur	Risico op deficiëntie bij methotrexaat gebruik
Vitamine B12	Patiënten met ziekte van Crohn hebben een hoog risico op een vitamine B12 tekort bij ontsteking van het ileum, resectie van het terminale ileum en ziekte van de maag.
Vitamine D (& calcium)	Risico op deficiëntie van vitamine D bij verminderde inname, (vet)malabsorptie en gebruik van steroïden. Calcium en vitamine D voorkomen botontkalking. Suppletie geïndiceerd bij corticosteroïden gebruik.

NB In de richtlijn wordt de kanttekening gemaakt dat bij interpretatie van de laboratoriumgegevens gekeken moet worden naar mogelijk effect van inflammatie op de uitslagen.

Literatuur

- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023;42(3):352-79. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- Dijk van A, Helfrich C, Wierdsma NJ, Dieetbehandelingsrichtlijn: Inflammatoire darmziekten (Inflammatory Bowel Disease, IBD), 2023, 2010 Uitgevers www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl
- www.farmacotherapeutischkompas.nl

6. Is er een reden een patiënt die glutenvrij wil eten bij IBD dit te ontraden?

“Als een patiënt met IBD op eigen initiatief glutenvrij wil eten; is er dan een reden om dit af te raden?”

Mocht de patiënt met IBD op eigen initiatief gestart zijn of willen starten met het glutenvrije dieet dan is het belangrijk om samen voor- en nadelen door te spreken. Om welke reden wil de patiënt glutenvrij eten? Er is geen bewijs dat glutenvrij eten invloed heeft op de ziekteactiviteit bij IBD en het is dan ook af te raden om een glutenvrij dieet te adviseren bij patiënten met IBD om remissie te bereiken. Treden er gastro-intestinale symptomen passend bij IBS en/of tarwesensitiviteit op in een paar uur of dagen na gluteninname, snel verbeterend na gluteneliminatie en met een terugkeer van symptomen na glutenherintroductie? Dan kan overwogen worden om gluten, maar bij voorkeur liever alleen fructanen (FODMAP) te beperken en te zoeken naar de persoonlijke tolerantiegrens.

Bij tarwesensitiviteit is het de vraag of de klachten door gluten veroorzaakt worden of door de fructanen of door de ATI's (Amylase Trypsine Inhibitors; eiwitten in tarwe die een rol spelen in de afweer van planten tegen pathogenen).

Wanneer de patiënt er bewust voor kiest om glutenvrij te gaan eten; dan is het belangrijk om passende diagnostiek te laten verrichten om coeliakie en tarwe allergie uit te sluiten op het moment dat iemand nog een glutenbevattende voeding gebruikt.

De uitvoering van een glutenvrij dieet is niet makkelijk en heeft grote consequenties op sociaal en financieel gebied.

Mensen die glutenvrij gaan eten gebruiken hierdoor vaak een minder gezonde voeding. Een goede begeleiding van een diëtist om een volwaardige voeding samen te stellen met in het bijzonder aandacht voor het gebruik van voldoende micronutriënten en voedingsvezels en aandacht voor de hoeveelheid vet, suiker en zout in glutenvrije producten is van groot belang.

Het is belangrijk dat patiënten met IBD een individueel voedingsadvies ontvangen afgestemd op hun persoonlijke situatie bij voorkeur door een diëtist met ervaring op het gebied van IBD.

Literatuur

- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023;42(3):352-79. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- Federatie medisch specialisten, Coeliakie en glutengerelateerd aandoeningen, MDL-richtlijnen, 2023
- A-Toma A, Volta U, Auricchio R, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. *UEG Journal*, 2019; 7(5):583-613
- Federatie Medische Specialisten, Inflammatoire darmziekten volwassenen, MDL richtlijnen, 2022
- Mentella MC, Scaldaferrri F, Pizzoferrato M, et al. Nutrition, IBD and Gut Microbiota: A Review. *Nutrients*, 2020;12(4):944
- Roncoroni L, Gori R, Elli L, et al. Nutrition in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Narrative Review. *Nutrients*, 2022;14(4):751
- Federatie Medische Specialisten, Prikkelbaredarmsyndroom, MDL richtlijnen, 2022
- Jiang Y, Jarr K, Layton C, et al. Therapeutic Implications of Diet in Inflammatory Bowel Disease and Related Immune-Mediated Inflammatory Diseases. *Nutrients*, 2021;13(3):890

7. Is er ruimte voor CDED in dieetbehandeling van volwassen patiënten met IBD?

De effectiviteit van het Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED) is in 4 studies onderzocht bij 96 volwassen patiënten met mild-matige ziekteactiviteit van de ziekte van Crohn. In deze studies werd bij 55-82% van de patiënten remissie bereikt middels CDED al dan niet in combinatie met partiële drinkvoeding. De compliance t.a.v. CDED al dan niet in combinatie met partiële drinkvoeding wordt beschreven tussen de 75-87.5%. In de praktijk geven patiënten aan het lastig te vinden om het dieet uit te voeren. Concluderend: er zijn aanwijzingen dat CDED (+Partial Enteral Nutrition) kan bijdragen aan het bereiken van remissie, echter is dit nog bij een kleine groep volwassen patiënten met matig-milde Crohn onderzocht. Het is dus niet duidelijk of CDED kan bijdragen in het behouden van remissie en bij patiënten met ernstige ziekte van Crohn. Let op bij patiënten met stenoserende ziekte, in dit dieet komen voedingsmiddelen voor die minder goed verteren en obstructie klachten kunnen veroorzaken.

Meer info over praktische uitvoering m.b.t. CDED is te vinden op de website van Modulife.

Literatuur

- Szczubetek M, Pomorska K, Korólczyk-Kowalczyk M, et al. Effectiveness of Crohn's Disease Exclusion Diet for Induction of Remission in Crohn's Disease Adult Patients. *Nutrients*, 2021;13(11):4112. doi: 10.3390/nu13114112
- Sigall-Boneh R, Pfeffer-Gik T, Segal I, et al. Partial enteral nutrition with a Crohn's disease exclusion diet is effective for induction of remission in children and young adults with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20(8):1353-60. doi: 10.1097/MIB.0000000000000110
- Sigall-Boneh R, Sarbagili-Shabat C, et al. Dietary Therapy With the Crohn's Disease Exclusion Diet is a Successful Strategy for Induction of Remission in Children and Adults Failing Biological Therapy. *J Crohns Colitis*, 2017;11(10):1205-12. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx071
- Yanai H, Levine A, Hirsch A, et al. The Crohn's disease exclusion diet for induction and maintenance of remission in adults with mild-to-moderate Crohn's disease (CDED-AD): an open-label, pilot, randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;7(1):49-59. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00299-5

8. Standpunt alternatieve c.g. orthomoleculaire voeding / onderzoeken

Buiten de reguliere zorg worden regelmatig adviezen gegeven voor het gebruik van supplementen. Er is weinig wetenschappelijk bewijs beschikbaar over het effect van voedingssupplementen op inductie en behoud van remissie. De uitgevoerde studies zijn veelal klein en heterogeen.

Het is bekend dat regelmatig supplementen zoals vitaminen, mineralen, visvetzuren, kurkuma en pre- en probiotica worden gebruikt onder patiënten met IBD. Belangrijke redenen zijn verbeteren van de gezondheid, verminderen van de vermoeidheid, verminderen van de symptomen, het voorkomen van een opvlamming, de perceptie dat supplementen minder toxisch of schadelijk zijn dan medicijnen en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Patiënten die vaker supplementen gebruiken zijn patiënten die ontevreden zijn met de huidige therapie, vrouw zijn, hoge sociaaleconomische status hebben, die vrienden/familie hebben die gebruik maken van supplementen, waarbij sprake is van progressie van ziekte, die langdurig steroïden gebruiken, een vegetarisch eetpatroon hebben en die ontevreden zijn over patiënt-arts relatie.

Het gebruik van de supplementen wordt niet altijd met de arts besproken. Dit kan zijn omdat patiënten zich niet bewust zijn van het gebruik van de supplementen, maar ook omdat patiënten soms bang zijn voor de reactie van de arts.

Toch is het advies dat het van belang is dat de patiënt met IBD de behandelend arts op de hoogte brengt en houdt van het gebruik van supplementen omdat supplementen een wisselwerking of bijwerking kunnen hebben.

Literatuur

- Federatie Medische Specialisten, Inflammatoire darmziekten volwassenen, MDL richtlijnen, 2022
- De Vries JHM, Dijkhuizen M, Tap P, et al. Patient's dietary beliefs and behaviours in inflammatory bowel disease. *Dig Dis*, 2019;37(2):131-9
- Lin SC, Cheifetz AS. The use of complementary and alternative medicine in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*, 2018;14(7):415-25

9. Is of wanneer is (volledig) sondevoeding als therapie bij een exacerbatie aan te raden?

Er zijn diverse indicaties voor het geven van sondevoeding aan IBD-patiënten met een exacerbatie:

1. Als orale voeding niet mogelijk is of de inname is onvoldoende, en de eerste keus van drinkvoeding is niet of onvoldoende haalbaar, kan overgegaan worden op (aanvullende) sondevoeding. Dit heeft als doel de voedingstoestand van een patiënt niet te laten verslechteren gedurende een exacerbatie. Ook bij ernstige CU wanneer geen orale voeding verdragen wordt, kan sondevoeding overwogen worden.
2. Volledige sondevoeding in de vorm van exclusieve enteral nutrition (EEN) is bij kinderen en adolescenten met mild-matig actieve opvlamming van M Crohn de eerste keus van behandeling en is effectief gebleken ten opzichte van corticosteroïden om remissie te bereiken. Bij volwassenen kan het om dezelfde reden overwogen worden, maar is vooralsnog minder effectief dan medicamenteuze behandeling voor het verkrijgen van remissie. Voor de groep volwassen IBD-patiënten die de medicatie niet willen of niet verdragen, kan ook EEN overwogen worden.
3. Sondevoeding kan een rol spelen en overwogen worden in de pre-operatieve fase als onderdeel van de voedingsbehandeling, met name als er ook sprake is van ondervoeding. Dit kan zorgen voor minder postoperatieve complicaties. Hierbij is niet bewezen dat sondevoeding beter is dan ONS of parenterale voeding. Sondevoeding moet bij deze patiëntengroep sterk overwogen worden als orale voeding faalt. Adequate inname van energie en eiwit is tenminste aan te raden 7-14 dagen voor ok. Om dezelfde redenen kan ook in de postoperatieve fase een indicatie zijn voor tijdelijk (volledige) sondevoeding.

Literatuur

- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023;42(3):352-79. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004

10. Wat is de rol van voedingstoestand bij het ziektebeloop van IBD?

Voedingstoestand speelt een grote rol bij IBD. Bij volwassen patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa komt ondervoeding met deficiënties frequent voor. Ca 70-80% van de klinische IBD-patiënten hebben gewichtsverlies en bij poliklinische patiënten ligt dit percentage rond de 20-40%. Daarbij heeft circa 1 op de 3 patiënten met de ziekte van Crohn een BMI <20 kg/m², echter lijkt dit percentage wel af te nemen ten gevolge van de huidige obesitasepidemie.

Risico's voor het ontstaan van ziekte gerelateerde ondervoeding bij IBD zijn: het hebben van actieve ziekte, slecht reageren op therapie en/of een operatie in de voorgeschiedenis hebben. Het is belangrijk om de diagnose ondervoeding tijdig te stellen, om de mate van ziekte gerelateerde ondervoeding te beperken. Een verminderde voedingsinname, een verhoogde energie- en eiwitbehoefte en verhoogde verliezen van voedingsstoffen (malabsorptie) kunnen factoren zijn die ondervoeding veroorzaken bij IBD-patiënten met een actieve ziekte.

De volgende klachten en symptomen treden regelmatig op bij IBD-patiënten en kunnen bijdragen aan een slechte voedingstoestand. O.a. een verminderde eetlust, (buik-)pijn, algehele malaise, misselijkheid/braken, krampen, stenosering (vernauwing) van de darm, diarree/verhoogde defecatiefrequentie, high output stoma, angst om te eten of door zelf opgelegde voedselrestricties. Patiënten met de ziekte van Crohn zijn vaak meer geneigd om bepaalde voedingsmiddelen te vermijden dan patiënten met colitis ulcerosa en wordt door patiënten vaker gedaan tijdens een exacerbatie dan tijdens remissie. Tijdens de dieetbehandeling dient specifieke aandacht te zijn voor genoemde klachten en de mogelijke gevolgen hiervan.

Patiënten die goed gevoed een operatie in gaan, hebben minder postoperatieve complicaties, en een sneller herstel. Ook in deze fase van de ziekte dient daarom voedingstoestand goed gemonitord te worden en spoedig overgegaan te worden tot een optimaal voedingsbeleid.

Literatuur

- Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 2023;42(3):352-79. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004
- Inflammatoire darmziekten (Inflammatory Bowel Disease IBD), Dieetbehandelingsrichtlijnen, Uitgeverij 20/10, 2019
- [Rol van voedingstoestand op macro- en microniveau bij de behandeling van volwassenen met CU en de ZvC - Richtlijn - Richtlijnen database](#), geraadpleegd op 14-03-2024