

FAKD'S RAMMEPLANER

# DIÆTBEHANDLING AF AF VOKSNE MED CØLIAKI

Udarbejdet af Anette Haugbølle og Mette Borre  
Maj 2000

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING .....	3
2. UNDERSØGELSER .....	5
3. DIÆTPRINCIPPER .....	6
4. VEJLEDNINGSFORLØB FOR CØLIAKERE MED SYGDOMSDEBUT .....	7
5. ANTAL SAMTALER OG OMTRENTLIG TIDSFORBRUG .....	11
6. EVALUERING.....	12
7. ALTERNATIV BEHANDLING.....	13
8. VEJLEDNINGSMATERIALER.....	14
7. LITTERATUR.....	15

### **DIÆTBEHANDLING AF VOKSNE MED CØLIAKI**

Udarbejdet af Annette Haugbølle og Mette Borre.

Udgivet af Foreningen af Kliniske Diætister.

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af denne rammeplan eller dele af den er ikke tilladt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Alle rettigheder forbeholdes.

## 1. INDLEDNING

Glutenfri diæt er standardbehandlingen af den diagnosticerede cøliaki patient og har til formål at:

- opnå opheling af tarmslimhinden samt symptomfrihed,
- eliminere øget risiko for udvikling af intestinal cancer og
- eliminere øget risiko for osteomalaci.

Den kostrelaterede del af behandlingen, består i en livslang overholdelse af den glutenfri diæt.

Med overholdelse af den glutenfri diæt, vil art og antal af maligne lidelser ikke afvige fra normalbefolkningens. (1-3)

### Definition

Cøliaki er en kronisk livslang tarmsygdom, der karakteriseres ved en avilløs tyndtarmslimhinde og malabsorption. Tilstanden udløses af gliadin fra hvede, og prolaminerne fra byg og rug og måske også fra havre. Den for cøliakeren toksiske del er indeholdt i prolaminfraktionen fra de nævnte kornsor-ter.(2,4,5)

### Hyppeghed

Sygdommen optræder hyppigere hos slægtninge af patienter med cøliaki. Der er en øget forekomst af cøliaki hos patienter med hudlidelsen dermatitis herpetiformis, diabetes mellitus, thyroideasygdomme, reumatoid artrit, inflammatoriske tarmsygdomme, levercirrose, Down's syndrom, Sjøgrens syndrom og cystisk fibrose. (5)

Hyppegheden af cøliaki i Danmark hører til blandt den laveste i de lande vi kan sammenligne os med. De største hyppegheder af sygdommen er set i Irland 1 : 300 og Sverige 1 : 300 - 500. I Københavns Amt er hyppegheden 46 per 100.000 indbyggere.

Tager man udgangspunkt i dette tal, burde der i Danmark være ca. 3 - 4000 voksne personer med diagnosticeret cøliaki. Det egentlige antal er ukendt, men blandt specialister menes dette tal at være urealistisk højt.

Sygdommen kan debutere i alle aldre. Ved en undersøgelse af 263 medlemmer i Dansk Cøliakiforening fik halvdelen af patienterne først symptomer og diagnosen i voksenalderen.

### Symptomer

Det oftest karakteristiske træk ved cøliaki er væggtab. Den typiske ubehandlede cøliakipatient domineres af gastrointestinale symptomer som mavesmerter, diarré, oppustethed og forstoppelse, men også andre symptomer som led - og knoglesmerter, samt anæmi hyppigt med mangel af jern, folsyre og B12 vitamin. Træthed, muskelsvaghed og depression kan forekomme. (4,5)

Ikke så udtalte og diffuse symptomer er også almindelige, hvorfor sygdommen kan være vanskelig at diagnosticere.

Den lægelige udredning består af tre hovedområder:

1. at klarlægge positive beviser på cøliaki, gennem vurderinger af: antistoffer i blodet og tyndtarmsbiopsi,
2. at identificere graden af malabsorption og
3. at udelukke tilstande, der giver samme symptomer som cøliaki.

Hos den diætbehandlede cøliaker, kan følsomheden over for gluten være variabel og individuel.(7-9)

Ved diætbrud kan symptomerne derfor være svingende fra ingen til få og til generende og kraftige. Det kan således i sjældne tilfælde være påkrævet, at overholde en kost, der er 100% naturlig fri for gluten\*(10).

\* Dvs. uden hvedestivelse.

Efter opstart på glutenfri diæt ses hos de fleste patienter symptombedring i løbet af nogle måneder og morfologisk bedring af tyndtarmsbiopsier hos enkelte patienter op til et år efter start på glutenfri diæt. (11,12)

Sandsynligvis vil patienten med klassiske symptomer på cøliaki være længere tid om at opnå en forbedring i ernæringsstatus end patienten med svage symptomer på sygdommen, muligvis fordi tarmen kan være mere skadet.(13)

Patienter, der inden diagnosen cøliaki havde kronisk diarre og også efter glutenfri diætbehandling, fortsat led af kronisk diarre, blev omfattende undersøgt. Konklusion på disse undersøgelser var, at den vedvarende diarre havde årsager som: colitis, steatoré i forbindelse med pancreatitis, laktose - og fruktose malabsorption, dysfunktion i tarmens lukkemuskel, colon irritabile og diætbrud.(14)

Den ubehandlede cøliaker har en større risiko for at få osteomalaci end normalbefolkningen. Ved diætbehandling mindskes risikoen. Hos børn og unge vil knogletætheden ofte genvindes og normaliseres inden for 1 år (15,16).

Undersøgelserne er dog ikke entydige og flere undersøgelser på midaldrende og ældre tyder på, at ikke alle genvinder et tilsvarende niveau som normalbefolkningen og må leve med et nedsat indhold af kalk i knoglerne (17-20) - en god og vigtig indikation for overholdelse af en sufficient sammensat glutenfri diæt.

Screening for knogletæthed af mænd og kvinder med cøliaki og kliniske tegn på eller mistanke om osteoporose er derfor ved at vinde indpas, ved undersøgelse af patienten (21)

Afhængig af udfald, kan iværksættes calcium profylakse evt. kombineret med andre farmaka, anbefaling af rygeophør og fokus på motionsvaner.

### **Provokation**

Det er vigtigt, at patienten ikke spiser glutenfri kost når der indledningsvis udføres biopsi for at stille diagnosen cøliaki.

Provokation på voksne udføres sjældent og udelukkende, når der er tvivl om diagnosen, f.eks. når histologiske fund er usikre, ved atypiske tilfælde eller responsen på diæten ikke har været god.

En gluten provokation kan vare op til flere måneder før der er respons.

Patienten starter forsigtigt op med 1-2 hvedebrødsskiver om dagen, svarende til ca. 10 g gluten dagligt (12)

Udløser dette indenfor dage, eller kortere tid kraftige symptomer, afsluttes provokationen som regel.

Mængden af glutenholdig brød kan øges, hvis der ikke indtræder symptomer eller fund der tyder på recidiv. Tyndtarmsbiopsien udføres, når blodprøverne giver udslag og/ eller der er klinisk tegn på tilbagefald.

## 2. UNDERSØGELSER

### Dataindsamling

Basisdata:

Navn, CPR-nr, indlagt/ambulant.

Journaldata:

- sygehistorie
- sekundære diagnoser
- antropometriske data: højde, vægt, BMI, vægtudvikling
- medicinering
- kosttilskud: produkt, dosering
- afføring: hyppighed, konsistens, udseende, steatorrhoea
- generelle laboratorieprøver afhængig af klinisk situation: albumin, præ - albumin, Hb, serumjern, ferritin, folat i serum, B12, p – calcium - ion, A, D og K vitamin, p - zink, p – magnesium, IgAendomysiumantistof\*, IgG- gliadinantistof, BMD (knoglemineralindhold)
- gastroenterologisk udredning: tyndtarmsbiopsi, laktosebelastning,
- sociale data.

\* af de serologiske tests for cøliaki er IgA-endomysiumantistofanalysen bedst pga., at den diagnostiske specificitet af denne test er passende høj. Sammen med IgG-gliadinantistofanalyse anvendes disse i den diagnostiske fase, og ved kontrol af forløbet efter institueret glutenfri diæt. Den rigtige og sikreste test er tyndtarmsbiopsi.

### Inklusionskriterier

Diagnose verificeres vha. biopsi fra distale duodenum inden opstart på glutenfri diæt.

### Eksklusionskriterier

Opfylder ikke inklusionskriterierne eller manglende remission på glutenfri kost.

### 3. DIÆTPRINCIPPER

Sygdommen udløses af proteiner fra rug, hvede, havre og byg (1,2). Den glutenfri diæt består derfor af en udelukkelse af disse kornsorter, krydsninger af disse samt produkter fremstillet herudfra.

Under FAO / WHO arbejder Codex Alimentarius kommissionen, der har til formål ud fra videnskabelig dokumentation, at fastsætte standarder for bla. glutenfri fødevarer. De for tiden gældende grænseværdier for et produkt mærket glutenfri, tillader 0,05 g nitrogen pr. 100 g tørvarer. Et sådanne produkt kan typisk være et diætetisk specialprodukt, som hvedestivelse. Et sådanne produkt kan altså anvendes i den glutenfri diæt, med mindre patienten er meget følsom og oplyser at få uhensigtsmæssige symptomer heraf. Kostrekommandationerne for den velfungerende cøliakipatient er overordnet på linie med de generelle kostråd. For cøliakeren vil den glutenfri diæt fungere som medicin og kunne fjerne de af sygdommen givne symptomer. Det er derfor særlig vigtigt, at patienten opnår ernæringskendskab, og forstår at erstatte de i diæten eliminerede levnedsmidler med tilsvarende ernærings rigtige alternativer. Med en tilstrækkelig varieret kost vil patientens vitamin- og mineral behov kunne dækkes.

#### **Energi**

Energitilførslen skal være tilstrækkelig til at sikre vægtvedligeholdelse (ved behov for vægtøgning - se rammeplan for ernæringsterapi).

#### **Fedt**

Følger Nordiske Næringsstof Anbefalinger (NNA). For patienter med steatorrhoea kan det være nødvendigt med begrænset fedtindtag i kosten.

#### **Kulhydrat**

Følger anbefalinger fra NNA. I den glutenfri kost kan det være vanskeligt at få tilstrækkeligt med kostfibre, hvilket skyldes de ofte lavfiberholdige brødprodukter. For patienten i god trivsel bør kulhydraterne overvejende komme fra stivelse og fiberholdige produkter. Et fiberindhold på 3 g / MJ bør tilstræbes. For den svært beskadigede tarm, kan for store mængder af disakkarider være uhensigtsmæssigt og give diarré. (7,14)

#### **Protein**

Minimum 0,8 g pr. kg. legemsvægt/pr. døgn for patienten i god trivsel.

1,0 -1,5 g pr. kg. legemsvægt/pr. døgn for patienten i dårlig trivsel.

Proteiner fra hvede, rug, byg og havre elimineres helt, eller der anvendes glutenfri produkter.

#### **Salt**

Følger anbefalinger som for normalbefolkningen (NNA).

#### **Alkohol**

Følger anbefalinger som for normalbefolkningen (NNA). Almindelig pilsner øl kan drikkes. Mørkt øl af porter-typen kan indeholde malt og bør undgås. Whisky destilleres og indeholder ikke malt.

#### **Vitaminer og mineraler**

Afhængig af parametre og kostanamnese kan der anbefales vitamin og mineraltilskud.

#### **Væske**

Væskebehovet kan normalt dækkes ved indtagelsen af ca. 2 liter væske dagligt.

#### **Måltidsfordeling**

Kosten bør indeholde 3 hovedmåltider samt 2 - 3 mellemmåltider for at opnå tilstrækkelig lødighed.

For bl.a. at opnå et større fiberindhold, bør der indgå brød suppleret med andre fiberkilder gerne i hovedparten af måltiderne.

#### 4. VEJLEDNINGSFORLØB FOR CØLIAKERE MED SYGDOMSDEBUT

Vejledningsforløbet vil som oftest foregå ambulant. De nærmeste pårørende bør tilbydes at deltage. Opståede spørgsmål i forløbet kan nedskrives og medbringes ved næste konsultation. Institutioner der bespiser patienter, kan også have behov for information. Nydiagnosticerede hospitalsindlagte patienter instrueres i udelukkende at spise den tilbudte diæt på hospitalet og ikke kioskvarer eller pårørendes medbragte levnedsmidler.

##### **Overordnede mål for diætbehandlingen**

*Niveau 1:* Få en opfattelse af de kostmæssige konsekvenser ved sygdommen og være istand til at skaffe sig brød til måltiderne.

*Niveau 2:* Kunne anvende principperne for diæten i maden såvel til hverdag som i specielle situationer.

*Niveau 3:* Kosten er nu accepteret og indgår i livsstil. Patienten er selv problemløser.

De følgende beskrivelser af samtalerens indhold, skal ikke betragtes som et lineært forløb. Men kan varieres alt efter patientens spørgelyst, søgen efter viden samt niveau for forståelse, og indgår i det samlede forløb

## 1. samtale

Mål: At patienten får kendskab til de kostmæssige konsekvenser af sygdommen, varedeklarerationer og glutenfrit brød.

Delmål	Delemner	Materialer
<p>At pt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- og diætist etablerer et gensidigt tillidsforhold</li> <li>- får forståelse for sin egen situation, og evt. selv fortæller om forventninger og kendskab til diæten</li> <li>- får forståelse for, at det er vigtigt at overholde diæten af hensyn til velbefindende og forebyggelse af evt. senkomplikationer.</li> <li>- bevidstgøres om egen kost.</li> <li>- informeres om, hvor der findes gluten i aktuel kost og om hvordan det kan erstattes (evt. fokus på energi og protein eller kulhydrater, laktose, fruktose mv).</li> <li>- ud fra aktuelt behov vejledes om muligheder for valg af brød og mel til daglig husholdning.</li> <li>- informeres om 25 % reglen, ingredienslister mm.</li> </ul>	<p>Præsentation og evt. telefonkontakt.            Orientering om forventet instruktionsforløb og tidsforbrug.            Hvad er gluten og hvordan påvirker gluten tarmen.            Ernæringsmæssige konsekvenser.            Kostanamnese/            Kostregistrering *.            Patientens ernæringstilstand.            Præsentation af færdig bagte glutenfri brødtyper.            Varedeklarerationer.</p>	<p>Mødekort.            Dansk Cøliaki Forening (DCF), vejledning om cøliaki.            Fortrykt kostregistrering indeholdende vejledning i udfyldelse.            Pjece indeholdende energi- og proteinrig diæt.            Pjece om laktose.            Pjecen: Glutenfri mad.            Diverse deklarerationer benyttes som undervisningsmateriale.</p>

\* Diætplan udarbejdes meget sjældent, ud fra aktuel kostanamnese tillempes kosten gradvis.

## 2. samtale

Mål: At patienten får kendskab til diætprincipperne og omsætningen af disse til praksis, i forhold til indkøb og madlavning.

Delmål	Delemne	Materialer
<p>At pt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- får evalueret det hidtidige forløb</li> <li>- får uddybet sin viden om baggrunden for diæten</li> <li>- får lært at læse og tolke varedeklarationer.</li> <li>- får kendskab til de overordnede diætprincipper.</li> <li>- er rådgivet om hensigtsmæssige indkøbsmuligheder og priser.</li> <li>- får øget sit verekundskab således at patienten selv kan medvirke til, at indhente oplysninger om produkter samt vurdere hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige produkter.</li> <li>- får uddybet og videreført forløbet i valgmuligheder ved sammensætning af diæten.</li> <li>- får evalueret sin evne og forståelse i at omsætte individuelle diætforslag til praksis.</li> </ul>	<p>Spørgsmål om hvordan det har fungeret hjemme.          Evaluering af: viden, forståelse, effekt af behandlingen, compliance og ernæringsmæssige konsekvenser.</p> <p>Varedeklarationer.</p> <p>Diætprincipper: måltidssammensætning og mellemmåltider.</p> <p>Indkøb.</p> <p>Produkter.</p> <p>Madlavning.</p> <p>Præsentation af glutenfri mix, varianter samt øvrige glutenfri varianter.</p> <p>Metodik ved bagning.</p> <p>Evt. evaluering af patientens ernæringstilstand.</p>	<p>Deklarationer medbragt af pt.          Vareliste.          Forhandlerliste.          Udleverer produktblade.          Attrapper.          Opskrifter.</p>

### 3. samtale

Mål: At patienten lærer hvordan forskellige spisesituationer skal tackles og er informeret om muligheden for dækning af merudgift samt kender eksistensen af patientforeningen.

Delmål	Delemner	Materialer
<p>At pt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- får viden om, hvordan situationer der adskiller sig fra daglig praksis kan tackles ( i forbindelse med arbejde, ved rejser (rejsemål/ ophold/ transport), ved festlige lejligheder (privat eller på restaurant) og ved sygehusophold).</li> <li>- er oplyst om en evt. mulighed for dækning af merudgifter til glutenfri diæt og at merudgifter kan variere afhængig af situationer f.eks. alder, diabetes mellitus, økonomi, graviditet mv.</li> </ul>	<p>Spisesituationer.</p> <p>Patientforening.</p> <p>Oplysning om cøliaki på Internettet.</p> <p>Merudgifter.</p>	<p>DCF kan for medlemmer henvise til søsterorganisationer i andre lande.</p> <p>Materiale fra DCF.</p> <p>Orientering om bagemøder for medlemmer.</p> <p>Merudgiftsberegning beregnet af diætisten eller rekvireret fra DCF.</p>

## 5. ANTAL SAMTALER OG OMTRENTLIG TIDSFORBRUG

Vejledning: 3 – 4 samtaler af ca. 1 times varighed.

Da glutenfri diætinstruktion er en relativ sjælden vejledning, skal beregnes tid til indsamling af opdateret materiale samt kalkuleres med forberedelsestid.

Opfølgning : 1- 2 samtaler af 3/4 times varighed.

## 6. EVALUERING

### Effekt af behandlingen

I Danmark findes ingen retningslinier for diagnose og opfølgning af cøliaki hos voksne. Den lægelige kontrol varierer fra opfølgning 1 gang årligt til slet ingen opfølgning.

Når der udføres opfølgning vil der som regel blive målt antistoffer. Udviser disse en stigning, eller er der opstået u hensigtsmæssige symptomer af uforklarlige årsager, vil pt. som regel blive henvist til klinisk diætist.

### Viden og forståelse

Samtale med henblik på afdækning af forståelsen for de i vejledningen gennemgåede emner. Multiple-choice opgavesæt med kostrelaterede spørgsmål.

### Compliance

Talrige studier har dokumenteret, at manglende compliance er hyppig hos cøliakeren. Et frafald på 28 – 40 % er ikke usædvanligt. (22- 26)

Diætbrud kan være ubevidste og skyldes manglende diætkundskab, være lejlighedsvis og bestå af glutenfri diæt med regelmæssige diætbrud, eller simpelthen bestå af normalkost.

At glutenfrie produkter er betragtelig dyrere end tilsvarende normale levnedsmidler kan være en medvirkende årsag, idet det for voksne kan være vanskeligt at få dækket en merudgift. I mange andre lande vi sammenligner os med, udleveres der gratis glutenfrie produkter til cøliakeren. Herhjemme er der almindelige bagerier, der påtager sig at bage glutenfrit brød. Erfaringen viser, at man bør være opmærksom på bageriets hygiejne og kendskab til at bage sådanne produkter. Et rimeligt forlangende er, at disse brød er godkendt af Dansk Varefakta Nævn. Ved manglende respons på den glutenfrie diæt, bør der sættes fokus på brødets beskaffenhed og tilblivelse.

I Danmark findes der kun få cøliakere, hvilket ikke gør det lettere for patienten. At sygdommen er relativt sjælden, betyder der er et betragteligt mindre udvalg af glutenfrie produkter, og produkterne ofte udskiftes ved manglende salg. Det kræver tilvænning og planlægning at kunne bage brød, der ikke indeholder gluten. Bageresultatet kan for ikke kyndige være nedslående. Det kan være svært at finde brød hvis konsistens og smag kan erstatte normalt rugbrød. Sygdommen er ukendt hos både normalbefolkningen, bagere, kokke osv. hvilket betyder, at patienten skal være i besiddelse af viden, om sin egen situation og kunne formidle denne til andre.

Ved udadrettet social aktivitet som udespisning, rejser ol. kan det umiddelbart være svært at få noget spiseligt, uden forhåndstilrettelæggelse.

Der er mange fristelser til non compliance. Ved mistanke om ubevidst diætbrud, anvendes kostregistrering min. 7 dage, med supplerende spørgsmål samt muligvis indhentning af oplysninger fra producenter.

## 7. ALTERNATIV BEHANDLING

Det er ikke sjældent at erfare, at patienten kun har været i forbindelse med diætisten i selve vejledningsforløbet, og forbindelsen derefter afsluttes. Dette giver mulighed for at alternative behandlere kan udøve ejendommelige regimer.

Pt. der skal leve et liv med den glutenfri diæt, har derfor behov for til stadighed at have tilknytning til diætisten.

## 8. VEJLEDNINGSMATERIALER

1. Cøliaki – og mad uden gluten. Fødevaredirektoratet og Dansk Cøliaki Forening 2000.
2. Opskriftnæfter på brødbagtafbrødmix, rekvireres fra producenten. Til dansksprogede patienter, udleveres udelukkende dansksproget materiale.
3. Magdas opskrifter. Opskriftsamling fra DCF.
4. Lister fra producenter med forskellige glutenfrie produkter f.eks. Haribo, Semper, o.s.v.
5. Emballager til brug for træning i at læse og forstå varedeklarerationer
6. Multiple-choice opgaver med spørgsmål om varekendskab, varedeklarerationer, mv.
7. Liste med oplysninger på bagere og producenter af glutenfrie produkter \*.
8. Tillades/frarådesliste \*.

\* bør udarbejdes

## 9. LITTERATUR

1. Özdemir Z, Jensen OJ, Malchow-Møller A. Cøliaki hos voksne. Ugeskr Læg 2000;162:643-8.
2. Medicinsk Kompendium, 1999. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
3. Holmes GKT. Malignancy in coeliac disease – effect on gluten free diet. Gut 1989; 30:333-8.
4. Friis S U. Coeliac Disease. Pathogenesis and clinical aspects. Supplementum 1996; 61(104).
5. Haugbølle A. Fokus på havre. Diætisten 1998;1.
6. Dickey W, McMillan, Callender M. High prevalence of celiac sprue among patients with primary biliary cirrhosis. J Clin Gastro 1997;25(1):328-29.
7. Hallert C, Lindberg T, Torehov I. Celiaki - att inta tåla gluten. Gothia 1995.
8. Gudmand H E. Cøliaki hos voksne. Astra 1995;
9. Ciaran K P. Diagnosis and Treatment of Gluten – Sensitive Enteropathy. Adv. Int Med 1990;35: 341 – 64. YearBook Medical Publishers, Inc.
10. Hekkens W T J M, De Graaf M v Twist. What is gluten-free –Levels and tolerance in gluten-free diet. Die Nahrung 1990;34(5):483-7.
11. Dybdahl J. Retningslinjer for diagnose og opfølgning av cøliaki hos voksne. Celiaki nytt 1997;45.
12. Danielsson L, Stenhammer L, Åström E. Is Gluten Challenge Necessary for the Diagnosis of Coeliac Disease in Young Children? Scand J Gastroenterol 1990;25:957-60.
13. Kempainen T A. Nutritional status of newly diagnosed celiac disease patients before and after the institution of a celiac disease diet – association with the grade of mucosal villous atrophy 1-3. Am J Clin Nutr 1998;67:482–7.
14. Kennedy D F, Meyer R L. The Prevalence and Causes of Chronic Diarrhoea in Patients With Celiac Sprue Treated With a Gluten – Free Diet. The American Gastroenterological Association 1997;5016–85.
15. Mora Et Al. Reversal of low bone density with gluten – free diet in children and adolescents with celiac disease 1,2. Am J Clin Nutr 1998;67:477–81.
16. Valdimarsson T. Bone Mineral Density in Coeliac Disease. Scand J Gastroenterol 1994; 29:457-61.
17. Walter J R. Bone mineral density in coeliac disease. Gut 1994;35(2):150–1.
18. Pistorius L R. Coeliac disease and bone mineral density in adult female patients. Gut 1995;37:639-42.
19. McFarlane X A. Osteoporosis in treated adult coeliac disease. Gut 1995;36:710-14.
20. Bodé S, Hassager C, Gudmand-Høyer E, Christensen C. Body composition and calcium metabolism in adult treated coeliac disease. Gut;1991;32:1342-5.
21. Hoeck H C. Calcium og osteoporose. Månedsskr Prakt Lægegern 1997; juli.
22. Hallert C et al. Quality of Life of Adult Patients treated for 10 years. Scand J Gastroenterology 1998;33:933-8.
23. Mayer M, Greco L. Compliance of adolescents with coeliac disease with gluten-free diet. Gut 1991;32:881-5.
24. Bardella M T. Need for follow up in coeliac disease. Arch Disease Childhood 1994;70:211-3.
25. Ljungman G. Compliance in teenagers with coeliac disease - a Swedish follow up study. Acta Pædiatr 1993;82:235-8.
26. Fabian E. Dietary compliance in screening - detected coeliac disease in adolescents. Acta Pædiatr 1996; Suppl 412. 65-7.
27. Codex Alimentarius. CODEX STAN 118. 1981.
28. Nordiske Næringsrekommandationer 1996. Nordisk ministerråd. København 1996. Nordisk Forlagshus.
29. Littlewood J M. Coeliac disease in childhood. BallieereÇs Clinical Gastroenterology 1995;9(2).
30. Aurricchio. Effects of small amounts of gluten in the diet of coeliac patients. Panminerva Med 1991;33:83-5.

# FAKD'S RAMMEPLANER

## **Foreningen af Kliniske Diætister**

Landemærket 10, 6. sal

1119 København K

Telefon: +45 33 32 00 39

[info@diaetist.dk](mailto:info@diaetist.dk)

[www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk)