
Kosthold og kreft

REDAKSJONELT

KAASA S

THORESEN L

Omkring en tredel av alle nye krefttilfeller kan settes i sammenheng med kostholdet (1). Hvilke faktorer i kostensom direkte kan forklare denne årsakssammenhengen er uklart, men det finnes flere teorier.

Mat kan inneholde komponenter som fremmer kreftutvikling og inneholde stoffer som kan beskytte mot kreft. Som RuneBlomhoff påviser i dette nummer av Tidsskriftet kan frukt og grønnsaker forebygge flere kreftformer (2).

Det er utført randomiserte studier hvor betakaroten og vitamin E er gitt som tilskudd for å forebygge lungekreft hoshøyriskoggrupper (3). Resultatene er sprikende, og man kan fortsatt ikke komme med noen klare anbefalinger.

Hos pasienter som har fått kreft er det ennå uklart hvilken effekt kostens innhold har på mulighetene til å blifrisk og til å forlenge pasientens liv. Pasienter søker ikke sjelden kostråd og legger om kostholdet i større ellermindre grad. Enkelte pasienter gjør radikale kostomlegginger etter anbefaling fra såkalte alternative miljøer, noe somogså kan innebære at inntaket av næringsstoffer ikke blir fullverdig, og pasientene går ned i vekt. Statensernæringsråd har satt ned en arbeidsgruppe som skal beskrive dagens kostholdsrutiner ved norske sykehus og komme medanbefalinger om hvordan kostrådgivning og ernæringsbehandling kan bedres (4).

Mange pasienter med uheldredelig sykdom går kraftig ned i vekt. Dette medfører redusert fysisk funksjon og dervedredusert livskvalitet. Årsakene til dette kan være mange, slik som direkte effekt av svulsten på tarmkanal, munnhuleeller svelg, metabolske forandringer og psykiske årsaker, slik som angst og depresjon.

For pasienten og pårørende vil en rask vektnedgang føles truende, oftest med redusert livskvalitet som resultat. Pasientene har ofte et intenst ønske om å gjøre noe for å unngå ytterligere vektnedgang. Man bør kunne forvente

atbehandlende lege kan gi generelle kostråd og også ta dette viktige problemet opp med pasienten. De flestekreftpasienter kan ha gode måltider når maten tilpasses den enkeltes tilstand.

Viktige forutsetninger for at langtkomne kreftsyke kan ta til seg næring er blant annet god symptombehandling av smerter, forstoppelse, kvalme, oppkast og halsbrann, godt munnstell, passende konsistens på maten og respekt for pasientens ønsker (5).

Kurativ og livsforlengende kreftbehandling er ofte svært intensiv. Før, under og etter behandling bør man forventet at pasienter får de nødvendige råd og eventuelt supplement til det daglige kostholdet, slik at vektnedgang kan motvirkes. I en norsk randomisert studie er det vist at pasienter som fikk strålebehandling mot store strålefelt på abdomen fikk redusert forekomst av diaré ved å legge om fra normal kost til fett- og laktosefattig kost (6). I en spørreundersøkelse utført ved norske sykehus var det svært få sykehus som rutinemessig kartla vektutvikling hos kreftpasienter (4).

En del pasienter kan ha behov for mer intensiv ernæringsbehandling, enten ved nedleggelse av ernæringssonde, ved perkutan endoskopisk gastrostomi eller ved parenteral ernæring. All denne behandling bør være legens hovedansvar i et nært faglig samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog. Tilrettelegging av kostholdet og kostbehandling bør skje i samarbeid med sykepleiere. Retningslinjer for ernæringsbehandling er presentert i en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (4).

Hos pasienter med uhelbredelig sykdom bør det tidlig i sykdomsfasen gis konkrete råd om kosthold, slik at vekttapet kan reduseres og forebygges så lenge som mulig. Generelle kostråd, slik som hyppige måltider, valg av energirikematvarer, unngå lettprodukter, berike maten med smør, fløte, egg og ost bør gis.

Det er også godt dokumentert at medikamentell behandling, både med kortikosteroider og megesterolacetat kan forebygge vektnedgang og bedre pasientens livskvalitet (7).

Ved at pasienten tar del i måltider, vil han eller hun fortsatt kunne beholde en viktig sosial kontakt med familien. I enkelte familier bør kostholdet legges om til det beste for pasienten. Den magre forebyggende kosten gir lite kalorier til en småspist pasient. Råd om energirike måltider blir derfor viktig.

Hos pasienter som er i en terminal fase, bør ernæringsråd tilpasses hver enkelt pasient. Det er viktig å være klar over det viktige symbolet det er for pasientene å kunne ta til seg selv minimale mengder med føde.

Stein Kaasa

Lene Thoresen

LITTERATUR

1. Higginson J, Environmental carcinogenesis. *Cancer* 1993; 72 (suppl 3): 971-7.
2. Blomhoff R. Frukt og grønnsakers rolle i forebygging av kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3462-5.

3. The Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study Group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. *N Engl J Med* 1994; 330: 1029-35.
 4. Ose T, Blaker B, Kvaløy S, Kolset T, Fluge G. Kostholdets betydning for kreftpasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3466-70.
 5. Feuz A, Rapin CH. An observational study of the role of pain control and food adaption of elderly patients with terminal cancer. *JADA* 1994; 94: 767-70.
 6. Bye A, Kaasa S, Sundfør K, Tropé C. The influence of low fat, low lactose diet on diarrhoes during pelvic radiotherapy. *Clin Nutr* 1992; 11: 147-53.
 7. Ottery FD, Walsh D, Strawford A. Pharmacologic management of anorexia/cachexia. *Semin Oncol* 1998; 25 (suppl 6): 35-44.
-

Publisert: 20. september 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.