



the33



IBD

Inflammatorisk tarmsjukdom

Allmänt Inflammation i tarmmukosan med varierande lokalisation beroende på grundsjukdomen. Inflammationen kan sträcka sig från rektum och i varierande grad proximalt i kolon och vid Crohn också Ileum. IBD innefattar framför allt diagnoserna **Crohns sjukdom**, **mikroskopisk kolit** och **ulcerös kolit**.

ICD-10 K51

Etiologi Orsak till IBD är oftast multifaktoriell. Troligen genetisk predisposition, autoimmunologiskt svar, exogena faktorer, även diet diskuteras dock ingen klar evidens idag.
Ulcerös kolit överrepresenterat hos ex-rökare, Crohn's sjukdom hos storrökare. NSAID tros kunna utlösa skov. IBD har en viss högre prevalens i länder med låg socio-ekonomiska faktorer.

Symtom Lösa, tunna slem- och blodtillblandade tarmtömningar är oftast debutsymtomen. Debut kan vara allt ifrån sakta smygande (vid Crohn) till en akutdebut med starkt påverkat allmäntillstånd. Vid enbart **Proktit** (inflammation i rektalslemhinnan) kan obstipation föreligga. Smärtsamma kramper (**Tenesmer**) i vänster fossa som upphävs efter defekation.
Feber och viktnedgång.
Associerade sjukdomstillstånd till de inflammatoriska tarmsjukdomarna kan vara från:

- **Ögon** (*irit, episklerit, uveit*)
- **Leder** (*artralgi, sakroilit, pelvospondylit*)
- **Hud** (*psoriasis, erythema nodosum*)

Vid ulcerös kolit också primärt skleroserande kolangit (med kvarstående höga värden på leverenzymmer och alkaliska fosfataser). Fistelbildningar till buk perianalt eller mot vagina/urinblåsa förekommer hos ca 10- 15% av patienter med Crohn's sjukdom.

Mikroskopisk kolit har i regel ett lugnare förlopp med få komplikationer.

Diff.diagnoser Vid akut debut ska man tänka på infektiös agens. För övrigt kan vara malignitet, hemorrojder, IBS, divertikulit, celiaki, laktosintolerans.

Diagnostik Akut diarré debut ger anledning till utredning med F-odlingar, allmänodling samt Clostridier och amöba. Rektoskopi - koloskopi med PX som kan visa lättblödande slemhinna, anemi, ömhet i vänster fossa beroende på lokalisation vid Crohn, ev. palpabel resistens höger fossa. **OBS!** Om allmänpåverkan med feber, buksmärter, takykardi, samt blodiga diarréer, tecken på att djupare lager i tarmväggen engagerats - risk för **fulminant kolit** med toxisk kolondilatation - perforation.

PX har olika utseende vid de olika diagnoserna vid IBD:

- Vid Crohn's sjukdom ses som kullerstensbeläggning, senare med fibrotiseringar och strikturer samt transmurala förändringar.
- Vid Ulcerös kolit framför allt lokaliserat till mukosan och mer distalt.
- Vid Mikroskopisk kolit har i regel makroskopiskt normal bild vid skopi. Utredds med multipla PX. Som kan bekräfta diagnosen.

OBS! Kolonröntgen, CT och ultraljud ger inte diagnos. Förutom anemi i varierande grad har de flesta IBD patienter en normal blodbild trots diarrén.

Kolitpatienter följs med Hb, SR, CRP, LPK, TPK, albumin, el-status och Kreatinin.

Behandling

Ulcerös kolit

Akuta skov

I första hand av eller i samråd med gastroenterolog. Symtomlindrande behandling. Ingen kurativ behandling finns idag.

Akuta proktitskov

Lokalbehandling rektalt med glukokortikoid (hydrokortison rektalt eller Prednisolon Klysma).

Milda till måttliga skov

5-ASA-preparat (ex. Sulfasalazin peroralt eller som supp. vid proktit). Extensiv eller vänstersidig kolit - systemisk glukokortikoid behandling, med start på 30-60 mg/dygn och successiv nedtrappning under 8-12 veckor.

Svåra skov (mer än 6 blodiga diarréer per dygn + allmänpåverkan)

Patienten vårdas inläggande och behandlas med 5-ASA preparat, intravenöst tillfört glukokortikoid och vätska/näring. Recidivprofylax: 5-ASA (ex. Sulfalazin). Om enbart proktit ges supp. eller skum av Mesalazin. Kostråd: väl sammansatt normalkost, ev. ej mjölkprodukter i samband med akuta skov.

2

Crohn's sjukdom

Vid akuta skov är kortikosteroider intravenöst det mest effektiva. Vid kolorektala engagemang har 5-ASA (ex. Sulfalazin) och Metronidazol (400 mg x 2) effekt, även immunomodulerande terapi som Azatioprin används. Gastroenterologer kan sätta in TNF- α -hämmare (ex. Infliximab) vid svåra aktiva former eller fistelbildning. Recidivprofylax med Azatioprin (specialistpreparat) och/eller Sulfalazin/Metronidazol.

Kirurgisk behandling framför allt vid bristande effekt av medicineringen och risk för cancerutveckling.

Mikroskopisk kolit

Steroid per oralt i form av Budosenid har visat den bästa effekten.

Referenser

PM Praktisk medicin, femtonde upplagan.
L. Hallberg et al. Invärtes medicin.
Läkemedelsboken.