



the33



ULCERÖS KOLIT

IBD

Allmänt

Ulcerös kolit (*Eng.* Ulcerous Colitis, **UC**) är en kontinuerlig inflammation i kolon och/eller rektum (oftast båda), som gör att tarmens förmåga att lagra avföring försämras.

vid UC lokaliseras inflammationen till mukosan.

De flesta som får ulcerös kolit är mellan 20 och 30 år och det är oklart varför man blir sjuk. Ungefär 1 000 personer får ulcerös kolit varje år i Sverige och den är lika vanlig hos män som hos kvinnor. Sjukdomen är kronisk vilket betyder att man kan ha sjukdomen hela livet och den kommer i skov. Sjukdomen kan inte botas helt, men man kan bli symtomfri efter en operation eller med effektiv medicinsk behandling.

Risken för tarmcancer ökar särskilt om man haft ulcerös kolit i många år eller om man har sjukdomen i stora delar av kolon.

ICD-10

K51.9

Etiologi

Det är oklart varför man får ulcerös kolit. En kombination av ärv och miljö. Hereditära faktorer spelar roll och risken för att få sjukdomen ökar om någon annan i familjen har den, men exakt hur ulcerös kolit ärvs är idag inte riktigt klarlagt. Etnicitet räknas till riskfaktor för sjukdoms uppkomsten, och man har noterat en ökning hos folk med Ashkenazi judisk härkomst.

För de som har ökad risk har man noterat att om man nyligen slutat röka eller aldrig har rökt är risken större att få ulcerös kolit än om man röker dock inga pålitliga studier har bekräftat detta påstående.

Symtom

- Smärtsamma kramper i vänster fossa.
- Lösa, tunna, slem- och blodtillblandade tarmtömningar.
- tryck i Rektum som ger en känsla av att man måste gå på toaletten.

Sjukdomens svårighetsgrad bedöms med enkla kliniska parametrar och laboratorieprover. Man skiljer principiellt på **milt**, **medelsvårt** och **svårt** skov.

Ett mildt skov kännetecknas av Diarré med <4 tarmtömningar/dygn med minimalt eller inget blod.

Ett medelsvårt skov betyder 4-6 blodtillblandade tarmtömningar/dygn utan påtaglig påverkan på blodparametrar.

Ett svårt skov kännetecknas av >6 blodiga diarréer/dygn, anemi, hypoalbuminemi samt allmän påverkan med feber, takykardi, dehydrering och elektrolyt-rubbningar.

Diff.diagnoser

- Gastroenteriter
- Crohns sjukdom
- Malignitet
- Divertikulit
- Mikroskopisk kolit
- Laktosintolerans
- IBS
- Ischemisk kolit

Diagnostik

Allmänläkaren identifierar ofta nydebuterade patienter med Ulcerös kolit då de flesta initialt söker i primärvården. Framför allt vid debut av kolit med blodiga diarréer.

Rektoskopi bör utföras vid första besök. Fynd av svullen rodnad slemhinna med sår, petekiala blödningar, slemhinna som blöder vid kontakt med rektoskopet eller spontant blod i lumen stärker misstanken.

Koloskopi eller åtminstone **Sigmoidoskopi** görs på alla nydebuterade koliter, då det är den bästa metoden att utvärdera inflammationsintensitet och utbredning och därmed beslutsunderlag för fortsatt terapi.

Röntgen buköversikt bör utföras vid misstanke om svårt skov.

OBS! Kolonröntgen såväl enkelkontrast som dubbelkontrast, har ingen plats i diagnostiken utan snarast kontraindicerad vid ett svårt skov av ulcerös kolit.

Laboratorieprover kan ge en viss vägledning, men kan vara falskt normala.

Hb inom normalområdet taget under dehydrering kan maskera en anemi.

Albuminvärdet kan av samma anledning som ovan, vara också falskt normalt.

CRP är oftast förhöjt vid svåra skov, men kan också vara normalt.

Patienten bör också lämna faecesprov för att dels ska man kunna utesluta tarminfektion genom odling, dels analysera hur hög halt av proteinet **Kalprotektin** man har i avföringen.

Halten av **Kalprotektin** är förhöjd om man har tarminflammation.



Makroskopiskt utseende

Behandling

Vid akut skov av Ulcerös kolit är det framför allt två faktorer som avgör valet av behandlingen:

1. Intensiteten av symptomen.
2. Utbredningen i kolon.

Milt skov

Det kan räcka med insättning av eller doshöjning av ett redan insatt 5-ASA-preparat exempelvis Sulfasalazin som spjälkas i kolon.

Måttligt skov

Peroral Prednisolon är första handsvalet med en startdos på 40mg/dygn.

Prednisolon behandling innebär en betydande risk för systemiska kortisonbiverkningar och upprepande kurer på kort tid bör föranleda att man överväger immunmodulerande eller biologisk behandling, alternativt kirurgi.

Svårt skov

Patienten vårdas inneliggande.

Glukokortikoider ges i hög dos intravenöst exempelvis Betametason 4-8mg 2 gånger/dygn.

5-ASA-klysmat har visat sig vara värdefullt som komplement vid svår utbredd kolit.

Andra immunmodulerande medel såsom Infliximab (Remicade) som är en TNF- α inhibitor har en bra effekt vid den svåra skov, särskilt för patienterna som ej svarar på glukokortikoid behandling.

Antibiotika kan vara indicerat.

Vätskeförluster och elektrolytstörningar korrigeras och blodtransfusion ges om nödvändigt. Med parenteral nutrition minskar patientens lösa avföringar, vilket gör det lättare de första dagarna att bedöma om patienten svarar på behandlingen.

Egen vård

Justering av livsstilen och matvanor genom att reducera alla livsmedlen som kan öka irritationsrisken i tarmen såsom kost som innehåller gluten och laktos.

Patienten skall undvika fettkost, starka kryddor, kaffe.

Alkohosstop.

Patienter ska tänka på att äta små portioner, dricka ordentligt med vätska och ta även vitamintillskott. Kontakt med dietist är därför väldigt viktigt.

Minska/minimera stressen

Referenser

PM Praktisk medicin, femtonde upplagan.

L. Hallberg et al. Invärtes medicin.

Läkemedelsboken.

<http://www.internetmedicin.se/>

Mayo Clinic <http://www.mayoclinic.org>