

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2026-03-27

Innehållsansvar: Morad Hashemi, (morha1), Specialistläkare

Giltig till: 2028-03-27

Granskad av: Morad Hashemi, (morha1), Specialistläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Ulcerös kolit, akut svårt skov. Handläggning vid SÄS

Sammanfattning

Riktlinjen har tagits fram för att handläggningen av patienter med svårt skov av ulcerös kolit ska ske på ett säkert sätt. Det är viktigt att patienterna handläggs i enlighet med nationella och internationella riktlinjer [1, 2].

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar, giltighetstiden förlängd!

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund.....	1
Förutsättningar	2
Genomförande	2
Diagnos och värdering av sjukdomsaktivitet.....	3
Anamnes	3
Vanliga differentialdiagnoser.....	3
Laboratorieprover	3
Kliniska index	3
Endoskopi – Koloskopi/sigmoideoskopi	4
Övrig diagnostik.....	4
Akut behandlingsstrategi	4
Vidare handläggning på vårdavdelning	5
Inför hemskrivning.....	5
Dokumentinformation.....	6
Referens- och länkförteckning.....	6
Bilaga - Algoritm för handläggning.....	7

Bakgrund

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är en folksjukdom och består av ulcerös kolit och Crohns sjukdom med en prevalens av knappt 0,9 %.

Sjukdomarna är kroniska och löper i skov med mellanliggande intervall av lugnare sjukdomsaktivitet. Ett akut svårt skov av ulcerös kolit är ett allvarligt och potentiellt livshotande tillstånd. Under de två senaste decennierna har det tillkommit nya behandlingsalternativ vid IBD i form biologiska läkemedel och s.k. små molekyler. Biologiska läkemedel innefattar TNF-hämmare, integrinhämmare och IL12/23 hämmare samt s.k. små molekyler, JAK-hämmare. Detta har förbättrat behandlingsmöjligheterna vid såväl akut som kronisk svår ulcerös kolit. Vid akut svårt skov av ulcerös kolit används för närvarande endast TNF-hämmaren, infliximab. Trots förbättrade behandlingsmöjligheter föreligger det en risk för akut kolektomi vid ett svårt skov av ulcerös kolit, även om antalet förmodligen har minskat.

Förutsättningar

Riktlinjerna tydliggör lokala riktlinjer för utredning, behandling och omhändertagande vid svårt skov av ulcerös kolit. Det finns nationella riktlinjer framtagna av Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) för handläggning av svårt skov av ulcerös kolit. Vi hänvisar i dessa lokala rutiner för SÄS till SGF:s riktlinjer [1].

Riktlinjerna berör läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som handlägger patienter med svårt skov av ulcerös kolit på akutmottagningen, medicinavdelning 4, mag-tarm-mottagningen och på avdelningar där dessa patienter vårdas.

Genomförande

På akutmottagningen - snabbfakta för jouren:

- **Noggrann anamnes** ([se nedan](#))
- **Status**
 - Allmäntillstånd: Feber? Dehydrering? Takykardi?
 - Bukstatus: Ömhet? Tarmljud? Blod per rektum?
- **Lab**
 - Hematologistatus, elstatus, albumin, SR, CRP.
 - Blododling om temp >38,5. Blodgruppering vid svårt skov.
 - Avföringsprover: feces-odling x 2, Clostridium difficiletoxin x 2. Amöba-maskägg x 2.
- **Övriga undersökningar**
 - Endoskopisk undersökning ska utföras så snart som möjligt, [se nedan](#). Avstå rektoskopi på akutmottagningen.
 - Kirurgkonsult inom 24 timmar. Direkt på akutmottagningen om påverkad patient.

- DT buk om **svår buksmärta** (misstanke toxisk megakolon, tarmperforation).
- **Bedömning**
 - Värdera skovet enligt modifierade Truelove-Witts kriterier ([se nedan](#)), därefter ställningstagande till **inläggning**.
 - Akut behandling (se nedan).
 - Kontakta och informera gastroenterolog.

Diagnos och värdering av sjukdomsaktivitet

Anamnes

En noggrann anamnes är av stor vikt för att säkerställa diagnosen ulcerös kolit vid nydebuterad sjukdom. Förslag till frågor:

- Hereditet.
- Tidigare känd kolitsjukdom.
- Långvariga besvär (talar för IBD) eller akut insjuknande (talar för infektiös genes).
- Nyligen utlandsvistelse (talar mot IBD, men utesluter inte).
- Antal diarréer/dygn. Natlig diarré (talar för IBD).
- Blod i avföringen (vid ulcerös kolit, inte alltid vid Crohns sjukdom)
- Feber (hög feber >38,5-39 grader talar emot IBD, men utesluter inte).
- Viktnedgång.
- Antibiotikabehandling de senaste tre månaderna (clostridium-infektion).

Vanliga differentialdiagnoser

Vanliga **differentialdiagnoser** att ha i åtanke är:

- Bakteriell gastroenterit (feber, snabbt insjuknande, utlandsvistelse).
- Amöba eller maskinfektion (utlandsvistelse)
- CMV-kolit (immunsupprimerade patienter).
- Ischemisk kolit (äldre, kärlsjuka).
- Divertikulit.
- Kolonmalignitet.

Laboratorieprover

Se rubrik [På akutmottagningen - snabbfakta för jouren](#).

Kliniska index

Dessa syftar alla till att värdera sjukdomsaktivitet och svårighetsgrad:

Modifierat Truelove & Witts index

Används för initial bedömning av svårighetsgraden av ulcerös kolit, ett svårt skov (högra kolumnen) innebär i de flesta fall ineliggande vård.

Svårt skov klassificeras enligt höger kolumn:

	Milt skov	Måttligt svårt skov	Svårt skov
Antal blodtillblandade avföringar/dag	<4	≥4 om	≥6 och
Pulsfrekvens	<90	≤90	>90 eller
Temperatur	<37.5°C	≤37.8°C	>37.8°C eller
Hemoglobin	>115 g/L	≥105 g/L	<105 g/L eller
CRP	Normal	≤30 mg/L	>30 mg/L

Sverigeindex (SI)

Sverigeindex (SI) kan används för att utvärdera sjukdomsprogress och efter 4-5 dagar ställningstagandet till s.k. rescuebehandling med infliximab alternativt kolektomi. Ett högt Sverigeindex bör föranleda snar kontakt med kolorektalkirurg. Index används sällan i kliniken, men kan utgöra ett stöd vid beslut.

Formeln – $SI = \text{antalet tarmtömningar/dygn} + 0,14 \times \text{CRP (mg/L)}$

SI <8 innebär 16 % risk för kolektomi efter 30 dagar.

SI >8 innebär 72 % risk för kolektomi efter 30 dagar.

Endoskopi – Koloskopi/sigmoideoskopi

Endoskopi ska eftersträvas tidigt under vårdtiden av erfaren endoskopist då risken för perforation är förhöjd vid svår kolit.

Övrig diagnostik

- Vid buksmärta, kräkning och feber – överväg kirurgbedömning.
- Eventuellt DT buk (DT BÖS). Ska inte göras i onödan; endast vid uttalad smärta.

Akut behandlingsstrategi

- Inneliggande vård.
- Inj betametason (Betapred) 4 mg x 2 i v.
- Inf Glukos 5 % eller inf Ringer Acetat iv utifrån behov, t.ex. 2 liter första dygnet.
- Trombosprofylax på grund av trombosrisk vid IBD vid aktiv sjukdom. Ge inj Fragmin 5 000 E x 1 s.c. (under hela vårdtiden).

- Vid järnbristanemi i första hand iv järn. Blodtransfusion kan övervägas om Hb <70 vid samtidig svår samsjuklighet.
- Enteral nutrition (t.ex. flytande kost) är att föredra om patienten tolererar detta. Parenteral nutrition kan övervägas, framför allt som tillägg. Full tarmvila om akut hotande kolektomi.
- Antibiotika **ges inte** rutinmässigt. Endast vid misstanke om bakteriell komplikation.
- Antikolinergika, opiater, loperamid och NSAID ska ej ges då de kan förvärra skovet.

Vidare handläggning på vårdavdelning

Slutenvård bör med fördel ske på avdelning medicin 4 (gastro).

Daglig bedömning	Dagliga prover
Diarréfrekvens och förekomst av blod (diarréklocka)	Hb/Hematologistatus
Kroppstemperatur, puls, blodtryck och vikt	CRP
Bukstatus	S-albumin
Eventuellt Sverigeindex (SI) – (dag 4 beslutspunkt, se nedan)	Elstatus

- Vid svårt skov med risk för kolektomi eller annan komplikation, **alltid** kontakt med **kolorektalkonsult** (dagtid) eller **kirurgens bakjour** (jourtid) via telefonväxeln.
- Vid utebliven förbättring, ställningstagande till **rescuebehandling med infliximab** dag 4 eller 5, eventuellt med hjälp av Sverigeindex, [se algoritm nedan](#). Infliximab ges enligt separat riktlinje. Beslut tas av medicinsk gastroenterolog.
- För stöd i handläggningen söks **medicinsk gastrokonsult (tfn 4482)** via konsulttelefon eller via telefonväxeln.

Inför hemskrivning

- Diskussion med gastroenterolog om lämplig underhållsbehandling. **Se separata riktlinjer om läkemedelsbehandling vid IBD.**
- Patienten ska förses med kontaktuppgifter till mag-tarm-mottagningen i händelse av försämring i hemmet.
- Återbesökstid till magtarmmottagningen inom 4 veckor. Beställ provtagning med lab-paket, **IBD återbesök**.

Dokumentinformation

Remissinstanser (utgåva 1)

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

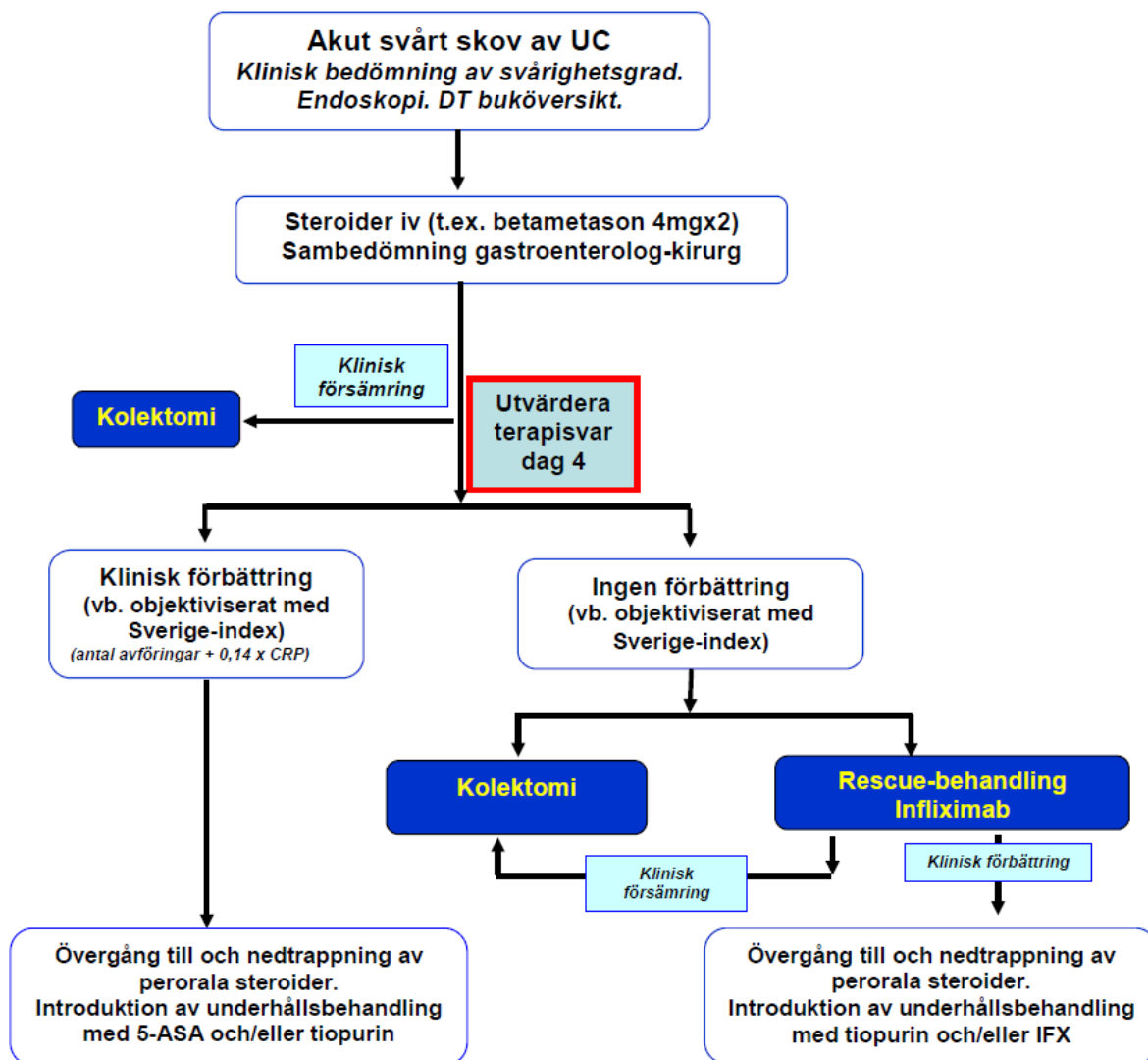
Akut svår kolit, inflammatorisk tarmsjukdom, ulcerös kolit, Crohns sjukdom, tjocktarmsinflammation, diarré

Referens- och länkförteckning

1. Svensk Gastroenterologisk Förening
<https://svenskgastroenterologi.se/kunskap-dokument/kunskap/riktlinjer-och-rekommendationer/riktlinjer-endoskopi/>
2. ECCO, European Crohn's and Colitis Organisation
www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html

Bilaga - Algoritm för handläggning

Algoritmen är hämtad ur de svenska riktlinjerna för Behandling av akut svårt skov av kolit, Svensk Gastroenterologisk förening, version 2015 [1].



Figur. Algoritm för handläggning av akut svårt skov av ulcerös kolit (UC)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Morad Hashemi, (morha1), Specialistläkare

Granskad av: Morad Hashemi, (morha1), Specialistläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-191

Version: 5.0

Giltig från: 2026-03-27

Giltig till: 2028-03-27