

Gäller för: Mag- och tarmmottagning SkaS

Giltig från: 2026-03-31

Innehållsansvar: Michael Köster-Zerajic, (micko), Överläkare

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Caroline Bertills, (carbe17), Processchef

Godkänd av: Jonna Sandh, (jonol), Verksamhetschef

Kolit - akutsjukvård

Revideringar i denna version

Förlängning

Bakgrund, syfte och mål

Omkring 15% av patienter med ulcerös kolit drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av ett svårt skov. Ett obehandlat svårt skov hade tidigare en mortalitet på upp till 30% men med adekvat omhändertagande understiger idag mortaliteten 1 %. Kolektomifrekvensen är fortfarande omkring 30%.

Arbetsbeskrivning

1 Diagnostik

1.1 Svårighetsgrad:

Sjukdomens svårighetsgrad bedöms med enkla kliniska och laboratoriska parametrar enligt tabell. Trots svår kolit kan patienterna te sig förvånansvärt opåverkade och sjukdomens svårighetsgrad kan därför lätt uteslutas.

	Mild	Måttligt svår	Svår
Antal blodtillblandade avföringar per dygn	< 4	≥ 4 om	≥ 6 och
Pulsfrekvens	< 90	≤ 90	> 90 eller
Temperatur (gr C)	< 37,5	≤ 37,8	> 37,8 eller
Hb (g/L)	≥ 115	≥ 105	< 105 eller
SR (mm)	< 20	≤ 30	> 30 eller
eller CRP (mg/L)	Normal	≤ 30	> 30

1.2 Symtom:

Kardinalsymptom vid ulcerös kolit är diarré med slem och blod. Vid distal kolit har avföringen ofta inslag av fast konsistens. Vid svåra skov kan även allmänpåverkan, feber och buksmärter tillkomma.

1.3 Differentialdiagnostik:

Infektion med Campylobakter, Salmonella, Shigella, EHEC eller Clostridium difficile måste alltid uteslutas. Provtagning avseende Entamoeba histolytica med F-mikroskopi bör utföras om reseanamnes finns. CMV infektion ska övervägas, i synnerhet om immunsuppressiv behandling (steroider, immunmodulerare, anti-TNF) föreligger. Diagnosen ställs med tarmbiopsi/PAD med immunhistokemi.

Ischemisk kolit, liksom divertikulit och koloncancer kan vara andra differentialdiagnoser, speciellt hos äldre. Crohns sjukdom i kolon behandlas lika som ulcerös kolit i akutskedet.

1.4 Initial utredning:

- **Anamnes:** Hereditet? Utlandsresa? Fler sjuka i familjen? Kycklingintag? Antibiotika? Immunsuppressiv behandling?
- **Status:** Temp. Puls. BT. Bukstatus (resistenser? ömhet? - kan tala för toxisk dilatation).
- **Rektoskopi:** Kan övervägas akut. Proktitbild stärker diagnostiken.
- **Kem.lab:** Blodstatus, CRP, SR, Albumin, Na, K, Krea. Hepatit B-serologi.
- **Bakt.lab:** Faecesodling inkl. EHEC, Clostridieodling +toxin
QuantiFERON-TB test/TB Spot

- **Röntgen:** Akut CT-buköversikt vid bukömhet (fråga efter kolondilatation, tunntarmsgas, slemhinneöar, perforation)
- **Kirurgkonsult:** Alltid vid kraftig bukömhet, kolondilatation, misstanke om ileus eller rektal blödning vid normal rektoskopi (Hemorroider? Tumor? Divertikelblödning?)

1.5 Monitorering under vårdtiden:

Sigmoideoskopi (koloskopi) bör utföras initialt för att se svårighetsgrad, ställa diagnos och ta biopsier avseende CMV-diagnostik. Måste utföras med stor försiktighet och olaxerad vid svårt skov.

Dagligen:

- Status: Vikt, Temp x2, Vilopuls x2, BT x2, bukpalpation x2 (övertväg kirurgkonsult dagligen)
- Nutritionsstatus med vätske- och kalorilista.
- Diarrelista (rött streck för blodtillblandning, blått streck utan blod, patienten fyller i listan själv om möjligt)
- Kem.lab: Blodstatus, CRP, Na, K, Krea, Albumin
- Röntgen: Vid bukömhet överväga daglig CT-buköversikt (kolondilatation >5,5 cm, 3 gasfyllda tunntarmslyngor och fri gas är allvarliga tecken och bör föranleda akut kirurgkonsultation)

1.6 Utvärdering dag 4 (efter 3 dygns behandling med intravenösa steroider, se 2.2)

- **Steroidrefraktäritet** bedöms utifrån klinisk bild och nedanstående aktivitetsindex.
- **"Sverige-index"** = antal tarmtömningar senaste dygnet + 0,14 x CRP. Kan identifiera steroidresistenta skov och prediktera det fortsatta förloppet. Vid ett värde > 8 är risken för kolektomi 72 %.
- **"Oxford criteria"** > 8 diarréer eller 3-8 diarréer + CRP > 45 på dag 3 är risken för kolektomi 85 % under vårdtiden.
- Kvarstående blodiga diarréer, feber eller påtagligt förhöjd CRP efter 3-4 dagar är dåliga tecken.
- Om patienten bedöms steroidrefraktär ska beslut om rescuebehandling eller kolektomi inte fördröjas!
- **Lungröntgen** för TBC-diagnostik innan behandling med Infliximab

2. Terapi

2.1 Vårdnivå

Vid svårt skov ska patienten alltid läggas in och även vid måttliga skov ska inläggning

övägas för snabb utredning och behandling. Milda skov och distal kolit kan i de flesta fall behandlas polikliniskt med snabb uppföljning på IBD-mottagningen (skicka kopia på anteckningen dit). Svåra skov handläggs i nära samarbete mellan gastroenterolog och kolorektalkirurg.

2.2 Kortikosteroider

Betapred 4 mg x 2 ges intravenöst. Insättning får ej försenas i väntan på odlings-svar. Omkring 30 % av patienterna är steroidresistenta och blir aktuella för antingen "rescue-behandling" eller kolektomi. En noggrann monitorering av terapivaret är därför viktigt och efter 3 dygns behandling skall "aktivitetsindex" bedömas (se 1.6). Pred-Clysmo kan ges, framförallt vid distal kolit.

2.3 Infliximab

- Zessly 5 mg/kg kroppsvikt (Infliximab) kan till steroidrefraktära patienter ges som "rescue-behandling" efter bedömning av aktivitetsindex dag 4 enligt 1.6. Ges som infusion under iakttagande av kontraindikationer. Vid försämring efter rescue-behandling eller utebliven förbättring på 5-7 dagar bör patienten rekommenderas kolektomi.
- 2/3 av behandlade kan förväntas svara på behandlingen och undvika kolektomi på kort sikt (3 månader). På längre sikt får många återfall och därför bör en noggrann värdering av patientens situation göras innan "rescuebehandling" ges, t ex tidigare sjukdomsförlopp och duration, dysplasierisk, tidigare behandlingar och patientens önskemål.
- Risker för svåra biverkningar finns, framför allt svåra infektioner och även dödsfall finns beskrivna. Sannolikt ökar riskerna markant ju längre tids immunsuppressiv behandling (steroider, thiopuriner) patienten haft före "rescue-behandling". Noggrann monitorering av patienten är därför nödvändig, en dos Remicade beräknas ha kvarstående effekt i kroppen cirka 2 månader.

2.5 Understödjande medicinsk behandling

- **Nutrition.** Enteral Nutrition (sondnäring och näringsdrycker) rekommenderas. Ofta behövs parenteralt stöd för att uppnå 30 kcal/kg kroppsvikt/dygn. Total parenteral nutrition är ett alternativ vid nutritionssvårigheter och buksmärtor. Ges helst i perifer ven alternativt Picc-line. CVK ökar komplikationsrisken. Anemi, vätske- och elektrolytrubbningar korrigeras. Hypokalemi och hypomagnesemi ökar risk för kolondilatation.
- **Trombosprofylax.** Lågmolekylärt heparin ges eftersom risken för tromboemboliska komplikationer (DVT, lungembolism, cerebral

sinustrombos) är ökad vid aktiv ulcerös kolit. (Klexane (20-) 40 mg x 1 sc., alternativt Fragmin (2500 E-) 5000 E x 1 sc.)

- **Antibiotikabehandling.** Ska inte ges rutinmässigt men kan övervägas. Noggrann observans på septiska komplikationer ska iaktas och behandling insätts vid misstanke på infektion. Särskild observans på opportunistiska infektioner, t ex Aspergillus och Pneumocystis bör iaktas.
- **Antikolinergika, loperamid, opioider, NSAID och laxermedel** bör **inte** ges under ett akut skov då de kan förvärra tillståndet och öka risken för toxisk kolondilatation.
- **Vid toxisk kolondilatation** ges Vancomycin p.o. 125 mg x 4 som tillägg till Betapred tills negativt svar på Clostridium difficile föreligger. Obs! Kirurkonsult akut och ställningstagande till kolektomi.

2.6 Kirurgisk behandling

Patienten måste tidigt informeras om att kolektomi kan bli nödvändigt och är ett alternativ till den medicinska behandlingen. Informera kolo-rektalkirurg tidigt i förloppet att patienten finns på avdelningen.

Indikation för kirurgi är ett svårt skov som inte svarat på behandling med steroider och ev. infliximab, komplikationer i form av toxisk kolondilatation, hotande eller manifest tarmperforation, abscess i bukhålan eller akut, svår kolorektal blödning. Beslut om kolektomi vid försämring trots given behandling alternativt vid terapivikt enligt **3.2**. Den rekommenderade operationen är subtotal kolektomi och ileostomi med bevarad rektum. Efter 6 månader utförs rekonstruktion med antingen bäckenreservoir eller ileorektal anastomos, alternativt behålls permanent ileostomi.

3. Underhållsbehandling

Inom ett år får omkring 70% av patienterna ett återfall om inte förebyggande behandling ges. Den fortsatta behandlingen avgörs av patientens tidigare sjukhistoria, antal skov och tidigare medicinering. Har patienten fått ett svårt skov trots underhållsbehandling bör man starkt överväga intensifierad behandling.

- **Steroiderna** trappas ut under loppet av 2-3 månader. Vid övergång från intravenöst Betapred till peroral terapi väljs oftast Prednisolon 40-60 mg x1. Nedtrappning med 5 mg per vecka rekommenderas i normalfallet.
- **5-aminosalicylsyra (5-ASA)** eller sulfasalazin reducerar recidivrisken till hälften och patienten bör rekommenderas livslång sådan terapi.
- Immunosuppressiv behandling med **tiopuriner** (Azathioprin eller 6-Mercaptopurin) kan rekommenderas efter Remicade-behandling av svårt skov, vid steroidberoende ulcerös kolit, frekventa recidiv eller svårt skov trots underhållsbehandling med 5-ASA eller vid intolerans mot dessa medel.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Underhållsbehandling med **Infliximab** eller annat biologiskt preparat kan övervägas.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Mag- och tarmmottagning SkaS

Innehållsansvar: Michael Köster-Zerajic, (micko), Överläkare

Granskad av: Caroline Bertills, (carbe17), Processchef

Godkänd av: Jonna Sandh, (jonol), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9702-2118609452-6

Version: 7.0

Giltig från: 2026-03-31

Giltig till: 2028-03-31