

# Immunterapiutlöst kolit

## Förändringar sedan föregående version

2025-12-17: Ingen förändring av innehåll. Snabbupprättande pga administrativ omstrukturering. Godkänt av VC Andreas Hallqvist.

Ny rutin

## Bakgrund och syfte

Nästan hälften av alla patienter som behandlas med kombinationsimmunterapi (CTLA-4 + PD-1 hämmare) drabbas av behandlingsutlöst diarré. Vid behandling med PD-1 eller PD-L1 hämmare i singelterapi drabbas ungefär 10% av diarré. I många fall är kolit, inflammation i tjocktarmen, orsak till diarré. Kolit är en allvarlig biverkan som i värsta fall kan leda till tarmperforation, ischemi eller blödning som kan leda till döden. I vissa fall är det inte kolit utan andra orsaker till diarrén (till exempel gallsaltsmalabsorption, mikroskopisk kolit mm) så endoskopisk utredning är viktigt, särskilt vid utebliven respons på kortison och infliximab/vedolizumab.

## Vem är ansvarig för patienten

I första hand onkolog. Onkolog tillsammans med gastroenterolog i de fall som kräver annan behandling än kortison.

## Debutsymtom

Diarré ibland ihop med slem. Buksmärta. Blod i avföring.

## Gradering av biverkan

I internationella guidelines för handläggning av immunterapibiverkan används CTCAE grad (Common Terminology Criteria for Adverse

Events) som grunden i gradering av allvarlighetsgrad. Denna baseras på antal diarréer per dygn. Det är ett enkelt men ganska grovt sätt att gradera eftersom antalet diarréer inte alltid speglar graden av inflammation i tarmen. **Se avföringslista som kan användas som verktyg.**

- **Grad 1:** <4 avföringar fler per dygn jämfört med vad som är normalt för patienten.
- **Grad 2:** 4–6 avföringar fler än det normala.
- **Grad 3:**  $\geq 7$  avföringar fler än det normala
- **Grad 4:** Påverkat allmäntillstånd, dehydrering, feber. Nattliga besvär. Blod i avföring. Buksmärta. (oavsett antal avföringar per dygn).

### **Akuta prover och undersökningar**

- CRP, elektrolyter, blodstatus, leverstatus
- Hepatitscreen + quantiferontest bör tas inför insättning av kortison för att snabbt kunna eskalera behandling till infliximab.
- Faecesodling + C. Difficile diagnostik (PCR). Parasiter bör inkluderas om nyligen utlandsresa.
- Kalprotektin i faeces (högt värde stödjer diagnos men normalt värde utesluter inte kolit)
- Koloskopi/sigmoideoskopi – ska göras om möjligt tidigt i behandlingen, utfall kan vara viktigt för att säkerställa diagnos och utvärdera behandling
- CT-buk – kan vara värdefullt vid akut bukstatus, feber, och/eller misstänkt perforation.

### **Var ska patienten vårdas**

Vid grad 1–2 symtom kan patienten handläggas polikliniskt. Vid behov av inläggande vård (grad 3–4), i första hand på onkologisk avdelning. Vid inläggande vård bör antal tarmtömningar och förekomst av blod registreras (se bifogat dokument). Puls, temp och blodtryck utifrån tillstånd.

## Prover som ska följas

CRP, elektrolyter, b-glukos (kortisonbehandling), blodstatus, f-kalprotektin behöver inte följas tätt men kan ge vägledning.

Massiv blödning, svår buksmärta och/eller toxisk megakolon/perforation på röntgen kan motivera kontakt med kirurg för ställningstagandet till kolektomi.

## Akut behandling

- Grad 1: Behöver i regel ej behandling, loperamid kan övervägas. Immunterapi kan fortgå, individuell bedömning
- Grad 2: Prednisolon upp till 1 mg/kg per os. Immunterapi ges ej vid grad 2 eller högre.
- Grad 3–4: Solumedrol 125 mg iv

## Vid utebliven tydlig förbättring av insatt kortisonbehandling (halvering av antalet diarréer inom 3 dygn):

Remiss för sigmoideoskopi utfärdas av ansvarig onkolog till patientens respektive hemsjukhus. Sigmoideoskopi ska utföras helst innan (eller inom några dagar efter) man börjar behandla med infliximab, för att säkerställa diagnos och kunna utvärdera endoskopiskt svar hos patienter som till exempel svarar delvist på behandling.

På remissen ska man fråga efter checkpoint-inhibitor kolit?

Mikroskopisk kolit? CMV kolit?

I många fall räcker en sigmoideoskopi men man kommer dock missa kolit i höger kolon i 7–8% av fallen om man endast undersöker vänster kolon. Beroende på klinik och logistik kan fullaxering med Plenvu/Vistaprep övervägas även inför sigmoideoskopi (för bästa möjliga insyn samt möjliggör en ad hoc koloskopi om det ser normalt ut i rectum-sigmoideum).

Infliximab 5 mg/kg kroppsvikt (ges ej vid TB eller hepatit B). Upprepa dosen efter 2 och 6 veckor vid bra effekt. Vid tveksam behandlingsrespons inom en vecka efter start av behandling kan

gastrokonsult kontaktas för eventuell dosoptimering eller byte till vedolizumab.

Vedolizumab – OBS! Vedolizumab ges till patienter med TB eller hepatit B

*Kontakt med gastroenterolog:*

- Alltid kontakt med gastroenterolog om patienten har tveksam respons på första dos infliximab.
- Vid övriga specifika frågor, kontakt med Gastrokonsulten Sahlgrenska via växeln, alternativt skickas remiss till ”Gastrokonsult – Checkpoint teamet” (faxnr 031-82 86 21). Uppgifter som behöver framgå på remiss till Checkpoint teamet är: Uppgift om ICI-behandling, symtom, komorbiditet och kontaktnummer till remittent.
- Vid övriga generella frågor, kontakt med gastroenterolog på hemsjukhuset.

## Fortsatt behandling

Patienter med diarré/kolit behöver trappa ner kortison gradvis, ofta över en tidsperiod av 8 veckor eller mer.

Man ska sätta in infektionsprofylax Bactrim forte (800mg/160 mg) 1 tablett 3 dagar/vecka om man patienter kommer att behandlas med prednisolon >20 mg i mer än 8 veckor. Överväg även tidig insatt osteoporosprofylax Ex Zoledronsyra 5 mg iv ([PM](#))+ kalktillskott.

Infliximab behandling kan oftast avslutas efter 1–3 behandlingar beroende på klinisk effekt och ursprunglig CTCAE grad.

## Utförande

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

## Arbetsgrupp

Sara Bjursten, överläkare, verksamhet onkologi

Max Levin, överläkare, verksamhet onkologi

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Antonios Kelepouris, överläkare, verksamhet specialistmedicin

Johann Hreinsson, specialistläkare, verksamhet specialistmedicin

Helgi Björnsson, specialistläkare, verksamhet specialistmedicin

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Onkologi

**Innehållsansvar:** Sara Bjursten, (sarbj5), Överläkare

**Granskad av:** Max Levin, (maxle1),  
Universitetssjukhusöverläkare

**Godkänd av:** Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9775-406090012-302

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-12-17

**Giltig till:** 2027-08-18