

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Giltig från: 2025-01-21

Innehållsansvar: Jenny Gunnarsson, (jengu18), Överläkare

Giltig till: 2027-01-20

Granskad av: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Akut svår kolit - handläggning

Revideringar i denna version

Uppdaterat avseende innehåll i “Bakgrund och syfte” samt “Inför hemskrivning”. Specifikt preparatnamn borttaget för infliximab.

Bakgrund och syfte

Ulcerös kolit är en kronisk sjukdom som löper i skov med mellanliggande intervall av lugnare sjukdomsaktivitet. Ett akut svårt skov av ulcerös kolit är ett allvarligt och potentiellt livshotande tillstånd och kan även vara den första episoden av sjukdomen. Det finns ett flertal behandlingsalternativ vid såväl akut som kronisk svår kolit. Trots detta föreligger det vid ett svårt skov av ulcerös kolit en risk för akut behov av kolektomi.

Denna rutin för handläggning av svårt skov av ulcerös kolit syftar till att garantera patienter med ett svårt sjukdomstillstånd en evidensbaserad handläggning och behandling.

Arbetsbeskrivning

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 SU/Sahlgrenska till SGF:s riktlinjer, referenser nedan.

Innehållsförteckning

1. På akutmottagningen - snabbfakta för jouren
2. Diagnos och värdering av sjukdomsaktivitet
3. Akut behandlingsstrategi
4. Vidare handläggning på vårdavdelning
5. Inför hemskrivning

1. På akutmottagningen - snabbfakta för jouren

- Noggrann anamnes (se nedan)
- Status:
 - Allmäntillstånd: Feber? Dehydrering? Takykardi?
 - Bukstatus: Ömhet? Tarmljud? Blod per rektum?
- Lab:
 - Blodstatus, elstatus, albumin, SR, CRP, F-calprotectin,
 - Blododling om temp >38,5. Blodgruppera vid svårt skov.
 - Avföringsprover: f-odling x 2, Clostridietoxin x 2.
- Övriga undersökningar:
 - Rektoskopi *bör göras* om instrument finns tillgängligt.
 - Kirurgkonsult
 - DT buk om svår buksmärta (misstanke toxisk megakolon).
- Bedömning:
 - Värdera skovet enligt modifierade Truelove-Witts kriterier (se nedan), därefter ställningstagande till *inläggning*
 - Akut behandling (se nedan)
 - Remiss till GEA för subakut koloskopi.
 - Kontakta gastroenterolog (medicinsk leverjour via vx) om frågor.

2. Diagnos och värdering av sjukdomsaktivitet

En **noggrann anamnes** är av stor vikt för att säkerställa diagnosen ulcerös kolit.

- Förslag till frågor:
 - Hereditet
 - Tidigare känd kolitsjukdom
 - Långvariga besvär (IBD) eller akut insjuknande (bakteriell genes)
 - Nyligen utlandsvistelse (talar emot IBD)
 - 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)
 - Viktnedgång
 - Nyligen antibiotika (clostridiuminfektion)
- Vanliga **differentialdiagnoser** att ha i åtanke är:
 - Bakteriell gastroenterit (feber, snabbt insjuknande, utlandsvistelse)
 - Ischemisk kolit (äldre, kärlsjuka)

- CMV-kolit (immunsupprimerade patienter)
- Divertikulit
- Kolonmalignitet

- **Laboratorieprover**
 - Se punkt 1

- **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 skov – **svårt skov (högra kolumnen)** innebär i de flesta fall **inneliggande vård**

Skovet klassificeras enligt följande:

	Milt skov	Måttligt svårt skov	Svårt skov
Antal blodtillblandade avföringar/dag	<4	≥4 om	≥6 och
Pulsfrekvens	<90	≤90	>90 <u>eller</u>
Temperatur	<37.5°C	≤37.8°C	>37.8°C <u>eller</u>
Hemoglobin	>115 g/L	≥105 g/L	<105 g/L <u>eller</u>
SR	<20 mm	≤30 mm	>30 mm <u>eller</u>
eller CRP	Normal	≤30 mg/L	>30 mg/L

- **Sverigeindex (SI)**

Sverigeindex (SI) 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.

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 skall 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). Skall inte göras i onödan, endast vid uttalad smärta.

3. Akut behandlingsstrategi

- Inneliggande vård.
- Inj Betapred 4 mg x 2 i v.
- Inf Glukos 10 % iv utifrån behov, ex. 2 liter första dygnet.
- Trombosprofylax på grund av trombosrisk vid IBD vid aktiv sjukdom. Ge inj Fragmin 5000 E x 1 s.c. (under hela vårdtiden).
- Erytrocyttransfusion kan övervägas om Hb < 70.
- Enteral nutrition 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 skall ges **ej** då de kan förvärra skovet.

4. Vidare handläggning på vårdavdelning

Slutenvård bör med fördel ske på avdelning 16/29 GASTRO.

Daglig klinik

Diarréfrekvens och förekomst av blod (diarréklocka)

Kroppstemperatur, puls, blodtryck och vikt

Bukstatus

Sverigeindex (SI) – dag 4

Dagliga prover

Blodstatus

CRP

S-albumin

Elstatus

- Vid svårt skov med risk för kolektomi eller annan komplikation **alltid** kontakt med **kolorektalkonsult** (dagtid) eller **kolorektalkirurgisk bakjour** (jourtid) via växeln.
- Vid utebliven förbättring ställningstagande till **rescuebehandling med infliximab** dag 4 eller 5, eventuellt med hjälp av Sverigeindex. Se algoritm nedan. Infliximab ges enligt separat PM. Beslut tas av medicinsk gastroenterolog.
- För stöd i handläggningen under jourtid söks **medicinsk leverjour** (gastroenterolog) via växeln.

5. Inför hemskrivning

1. Diskussion med gastroenterolog om lämplig underhållsbehandling.
 - Patienten skall förses med kontaktuppgifter till KP (telefon 031-3422400) i händelse av försämring i hemmet.
2. Återbesökstid till magtarmmottagningen inom 4 veckor. Beställ provtagning med lab. paket "IBD återbesök".

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor på akutmottagning och vårdavdelning, som är involverad i omhändertagandet av en patient med svårt skov av kolit och i behov av inneliggande vård.

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att styrdokumentet är känt och efterföljs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för regelbunden uppföljning och utvärdering av verksamhetens styrande dokument.

Revideringsansvarig är innehållsansvarig eller dennes av Sektionschef utsedd ersättare.

Medvetet avsteg dokumenteras i Melior om det är kopplat till patient.

Övriga orsaker till avsteg rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

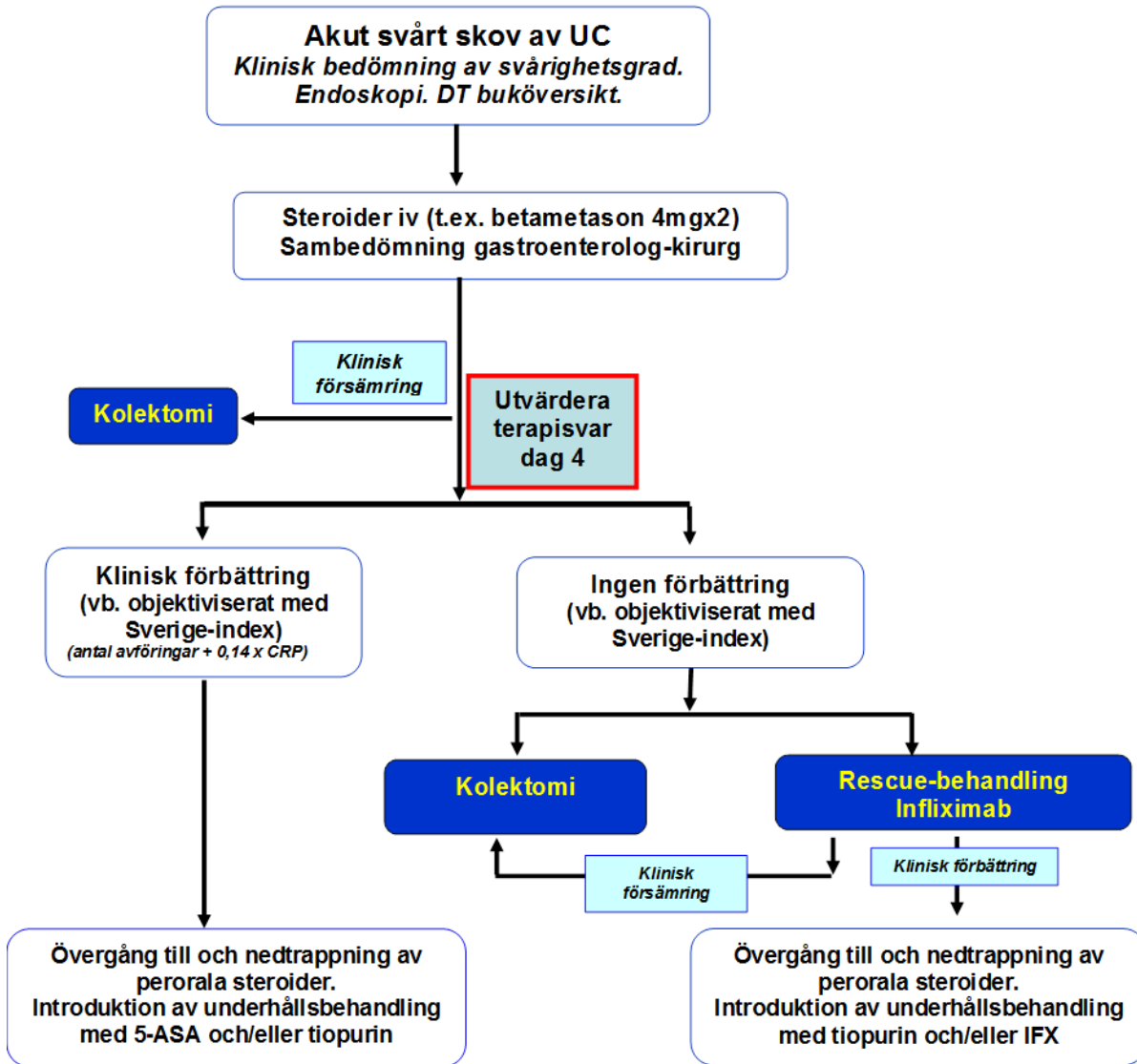
Har du synpunkter på dokumentet - kontakta vårdinformationsansvarig

eva.m.blackas@vgregion.se, per.hedenstrom@vgregion.se

Dokumentation

Styrande dokument hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Kunskapsöversikt



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

Granskare/arbetsgrupp

Jenny Gunnarsson, vårdenhetsöverläkare, Gastrosektionen

Per Hedenström, sektionschef, Sektionen för gastroenterologi och hepatologi

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Jenny Gunnarsson, (jengu18), Överläkare

Granskad av: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-21

Version: 5.0

Giltig från: 2025-01-21

Giltig till: 2027-01-20