

## Inflammatorisk tarmsjukdom-några riktlinjer i akutskedet

**Gäller för:** Medicinkliniken Växjö

**Faktaägare:** Henrik Simán, överläkare medicinkliniken Växjö  
Csaba Molnár, överläkare, medicinkliniken Ljungby

Patienter med ulcerös colit handlägges med få undantag av medicinkliniken.

Patienter med Crohns sjukdom handlägges ofta av medicin- och kirurgkliniken tillsammans.

### Anamnetiska uppgifter och fynd i status av betydelse:

Buksmärtor, patologisk bukstatus eller hög feber med diarré bör föranleda akut kirurgkonsult för att utesluta "akut kirurgisk buk".

- Har patientens diarre föregåtts av antibiotika behandling?
- Clostridium difficile?
- Har patienten varit utomlands?

Akut sjukdomsdebut talar för infektiös diarré och är mycket ovanligt vid inflammatorisk tarmsjukdom. Blodtillblandade diarréer med defekationssträngningar är kardinalsymptomet vid ulcerös colit men kan ses ibland även vid infektiös diarré.

Normal rektoskopi utesluter i princip ulcerös colit.

Hög feber kan förekomma vid infektiös diarré men också vid Crohns sjukdom. Hög feber är ovanlig vid ulcerös colit (utom vid fulminant skov).

## Ulcerös colit - klinisk klassifikation

Kriterier	Svårt skov	Lätt skov
Diarré	> 6 per dygn	< 4 per dygn
Blod i avföring	mycket	lite
Feber	> 37,5	ingen feber
Puls	> 90 per minut	normal
Anemi	Hb under 100 g/l	Hb normalt
SR	> 30	Normal

# måttligt svårt skov har kriterier mellan svårt och lätt skov.

Sänkt serumalbumin eller påtaglig viktförlust skall tillmätas stor betydelse och kan motivera inläggande vård.

**Patienter med svårt skov eller påverkad patient med måttligt svårt skov skall behandlas inläggande på avd 5 och diskuteras med bakjour eller gastroenterolog.**

Rektoskopi/sigmoideoskopi bör göras akut vid tveksamhet om diagnosen. I övriga fall räcker det med rektoskopi eller sigmoideoskopi inom 1-2 dygn.

Vid svårt skov av ulcerös colit skall akut buköversikt med luftcolonundersökning göras.

(Vid försiktig luftinblåsning utnyttjas luften som kontrast vilket ökar möjligheterna att bedöma inflammationens utbredning.)

Akut luftcolonundersökning kan ofta ge svar på inflammationens utbredning och svårighetsgrad. Colondilatation är ett allvarligt tecken och som kan tyda på toxisk megacolon.

### **Medicinsk behandling av svårt skov av ulcerös colit**

- Parenteral nutrition ges i första hand på perifer nål.

Första 1-2 dyggen ges 5 % buffrad glukos, därefter Kabiven PI med sedvanliga tillsatser. Patienten får dricka 500-1000 ml flytande ”klara” dagligen.

- Ett alternativ är Resource protein (se pm Nutritionsbehandling vid inflammatorisk tarmsjukdom)

- Injektion Betapred 4-6 mg intravenöst x 2 dagligen.

- Predclysma lavemang 1-2 ggr dagligen, alternativt 5-ASA lavemang.

- Peroral 5-ASA behandling påbörjas med t.ex. Pentasa 0,5 g 2 x 3

- Antibiotika kan bli aktuellt vid infektiös komplikation.

Patienterna följes dagligen med puls, temp och diarréfrekvens (”diarréklocka”) och regelbundet med vikt, CRP, Hb, elstatus.

Rektoskopi/sigmoideoskopi och buköversikter görs flera ggr under sjukdomsförloppet.

Coloskopi i vana händer kan också göras vid akut skov av ulcerös colit, då oförberett.

Om behandlingen inte har effekt eller om patienten försämras skall gastroenterologiskt ansvarig kirurg på CLV kontaktas i god tid för ställningstagande till kirurgi.

### **Nutrition vid inflammatorisk tarmsjukdom**

Total parenteral nutrition med tarmvila är viktigt vid svårt skov av Crohns sjukdom och påskyndar tarmens läkning.

Vid måttligt skov av Crohns sjukdom kan man ofta ge enteral nutrition med sondnäring alternativt att pat. dricker näringslösning direkt.

Vid ulcerös colit har tarmvila inte samma betydelse. Parenteral nutrition eller enteral nutrition är viktig om patienten har otillräckligt näringsintag. Mat och dryck leder ofta till ökande diarréflöden med tenesmer vid svårt skov av ulcerös colit.

### **Crohns sjukdom**

Vid akut försämring av en patient med Crohns sjukdom måste patienten ofta bedömas akut av en kirurg.

Buksmärtor med feber, ileus-/subileusmisstanke och akuta fistelkomplikationer eller abcessutveckling bör primärt bedömas av kirurgjouren.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare**