

Mikroskopiska koliter

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Kjell Åke Alle, överläkare, medicinkliniken Växjö

Henrik Simán, överläkare, medicinkliniken Växjö

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Epidemiologi.....	2
1.2	Etiologi.....	2
2	Symtom.....	2
3	Utredning.....	2
3.1	Diagnostik.....	2
4	Behandling.....	2
4.1	Kollagen kolit.....	3
4.2	Lymfocytär kolit.....	3

1 Inledning

Utgörs framförallt av två tillstånd: **kollagen kolit** samt **lymfocytär kolit**.

Båda diagnoserna är kända sedan tjugotalet år och kännetecknas av normal, nästan normal makroskopisk bild men med karaktäristiska mikroskopiska förändringar.

1.1 Epidemiologi

Incidens i senare material beskrivs till ca 4–5/100 000. Kliniken för de två tillstånden är likartad.

Oftast drabbas kvinnor i medelåldern. Inte sällan ses diffusa ledbesvär. Ungefär 40 % av patienterna har en eller fler associerade tillstånd som bindvävssjukdom och autoimmun sjukdom.

1.2 Etiologi

Orsaken är okänd men sannolikt multifaktoriell. En bakteriell orsak har antagits då tillståndet oftast debuterar plötsligt.

2 Symtom

Symptomen är ofta förenade med knipsmärutor medan det främsta symptomet är vattnig ofta mycket svår diarré.

3 Utredning

3.1 Diagnostik

Diagnos via provexcision vid endoskopi, där det oftast krävs biopsi från transversum eller högerkolon p g a fläckvis mikroskopisk utbredning.

4 Behandling

Behandlingen är i första hand symptomatisk med Loperamid och Cholestyramin (Questran®), det senare värt att pröva eftersom många har också gallsaltmalabsorption.

Oralt budesonid är det preparat som har bäst dokumenterad effekt.

Prednisolon har i retrospektiva material visat positiv effekt i 80 – 100 % men då i höga doser. Vid seponering återkommer symptom och effektiv underhållsdos är ofta så hög som 20 mg, vilket är ett problem med tanke på bieffekter.

5-ASA-preparat rapporteras effektivt i cirka 50 % av fallen och kan prövas om ovanstående inte har effekt eller ej tolereras.

Antibiotika har ungefär samma rapporterade effekt och då i form av Metronidazol eller Erytromycin.

4.1 Kollagen kolit

Vid kollagen kolit är de flesta besvärsfria efter 3-4 år och endast ¼ är i behov av fortsatt behandling.

4.2 Lymfocytär kolit

Vid lymfocytär kolit är de flesta återställda efter ½ år, förloppet är således vid denna diagnos mer gynnsamt. Ökad risk för malignitet är ej noterad.

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