

# Kolorektal basutredning

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Hilding Björkman, Olle Wihlborg, Peter Andersson,  
Per-Henrik Nilsson, Kjell-Åke Alle, Göran Storby och Lovisa Anderzon

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	PM koloskopi – kolonröntgen 2009.....	3
1.2	Att tänka på innan remiss för koloskopi eller kolonröntgen.....	3
1.3	Indikationer för kolonutredning.....	3
1.4	Indikationer för riktad kolonutredning – KOLOSKOPI.....	3
1.5	Vanliga tillstånd där koloskopi eller kolonröntgen i normalfallet ej är indicerade.....	4
2	Symtom och utredning.....	4
3	Utredning och behandling.....	6
3.1	Hemorroider.....	6
3.2	Akuta hemorrojder.....	6
3.3	Perianalhematom.....	7
3.4	Analfissur.....	7
3.5	Anal klåda – Pruritus ani.....	8
3.6	Perianalabscess.....	8
3.7	Analfistel.....	8
3.8	Pilonidalsinus.....	9
3.9	Divertikulit.....	9
3.10	Oklara centrala och nedre buksmärtor.....	9
3.11	Kronisk obstipation.....	10
3.12	Kolorektala polyper.....	10
4	Kolorektal cancer.....	10
4.1	Bakgrund.....	10
4.2	Symptom.....	11
4.3	Primärutredning.....	11
5	Fekal inkontinens.....	12

5.1	Behandling.....	12
6	Irritable Bowel Syndrom IBS .....	13
7	Proktit .....	13
8	Telefonkonsultation.....	15

## 1 Inledning

### 1.1 PM koloskopi – kolonröntgen 2009

Läkarbemanningen vid endoskopienheten CLV, som utgörs av kirurger och medicinare, är fortsatt ansträngd under 2009. Kapaciteten för ”dubbelkolon” och DT-kolon är också begränsad på röntgenavdelningen. Med vetskap om ovanstående är det av yttersta vikt att indikationen för varje remiss till koloskopi samt även till röntgen verkligen övervägs. Om patienten behöver tolk bör detta framgå av remissen. Nedan följer förslag på vid vilka indikationer som undersökningarna skall användas.

### 1.2 Att tänka på innan remiss för koloskopi eller kolonröntgen

- Före remiss skall utredning inkluderande rektalpalpation och rektoskopi ha genomförts. Vid misstanke om gastrointestinal blödning/anemi ska Fhb x III och fullständigt blodstatus ha tagits.
- Remissen skall, för att kunna prioriteras rätt, innehålla välmotiverad indikation, redogörelse för utförda prover och undersökningar enligt ovan. Anser man att koloskopi behöver göras i narkos skall detta motiveras och uppgifter för narkosbedömning skall då medfölja. Likaledes måste det väl motiveras om patienten anses behöva ineliggande hjälp med tarmförberedelsen.
- Om röntgen av kolon önskas beställ ”colon dubbelkontrast”. Röntgenavdelningen avgör sedan om det blir colon dubbelkontrast el DT-kolon.

### 1.3 Indikationer för kolonutredning

- Ändrade avföringsvanor hos patienter äldre än 40 år.
- Blod och slem i avföringen hos patienter äldre än 40 år.
- Trängningar till avföring hos patienter äldre än 40 år.
- Anemi och positiva F-Hb hos patienter äldre än 40 år.

**OBS!** Buksmärtor är ett relativt ovanligt symptom vid kolorektal cancer

### 1.4 Indikationer för riktad kolonutredning – KOLOSKOPI

- Negativ eller tveksamt patologisk kolonröntgen men kvarstående tarmsymptom t ex blödningsanemi eller ihållande diarré.
- För ytterligare bedömning av patologiskt röntgenfynd inklusive strikturer.

- Inflammatorisk tarmsjukdom (utbredning och aktivitet, ev bedömning av terapieffekt).
- Påvisande av dysplasi eller tidig cancer. Ökad cancerrisk finns om det förelegat säker extensiv kolit, dvs ovan vänster flexur med debut 10 år tidigare. Därför görs koloskopi 8 år efter sjukdomsdebut för att avgöra om patienten skall ingå i uppföljningsprogrammet (om makroskopiska tecken på inflammation ovan vänsterflexur). Koloskopi rekommenderas därefter vartannat år som alternativ till profylaktisk kolektomi. Efter 20 års sjukdomsduration görs årliga skopier.
- Om inremitterande läkare beställer koloskopi åligger det ansvarig skopist att kolon blir fullständigt undersökt. Vid ofullständig undersökning remitteras patienten vidare till mer erfaren skopist eller röntgas.

### 1.5 Vanliga tillstånd där koloskopi eller kolonröntgen i normalfallet ej är indicerade

- Ung patient (<40 år) som uppfyller IBS-kriterierna (colon irritable) och som ej har dominerande diarrébesvär. Buksmärtor är ett vanligt symptom i denna patientgrupp, varför detta symptom inte bör föranleda upprepade kolonutredningar.
- Ändring av avföringsvanor hos ung patient (<40 år) och utan hereditet för koloncancer och med negativa F-Hb x III.
- Välutredd IBS patient utan alarmsymptom...

\*Divertikulossjukdom skall inte diagnostiseras med koloskopi.

## 2 Symtom och utredning

Patient som söker för sk ”hemorrojdbesvär” kan innebära flera olika diagnoser.

Följande symtom är ofta vägledande:

**Smärta perianalt/analt (akut)** beror vanligen på analfissur, men förekommer också vid perianalhematom, inklämda hemorrojder och perianalabscess. Okomplicerade hemorrojder ger inte smärta.

**Röd blödning (hematochezi)** ses vid hemorrojder, analfissur och kolorektal cancer. Ljusrött blod på pappret talar för mycket distal blödning. Blod blandat i avföringen talar för blödning lite högre upp. Det är viktigt att komma ihåg den gamla grundregeln som fortfarande gäller:

Hemorrojder hos patienter äldre än 30-40 år är mycket vanligt. Trots detta måste även annan blödningskälla, främst rektalcancer, uteslutas. Rektoskopi måste därför som regel utföras hos dessa patienter, proktoskopi räcker inte!

I alla remisser skall det finnas en rektoskopiberättelse. Finns associerade symptom som nytillkommen avföringsrubbnig, bukont, viktnedgång eller anemi måste alltid kolonundersökning utföras, även vid påvisade blödande hemorrojder.

**Avföringsrubbnig** menas att avföringsvanorna ändrats med tillkomst av diarréer, förstoppning eller växlande avföringsvanor som följd. Vanligast vid funktionella tarmbesvär men glöm inte kolorektal cancer.

Patienter med normal kolorektal basutredning och huvudsakligen diareé eller obstipation remitteras till gastroenterolog i de sällsynta fall second opinion behövs.

**Flytning och sekretion** ses framförallt vid perianala fistlar men även vid tumörsjukdom och proktit.

**Prolaps** innebär att anal slemhinna eller hemorrojder kommer ut vid krystning (1-3 cm). Om en stor sk teleskop-prolaps (4-10 cm) ses, innebär detta en rektalprolaps, dvs stor del av ändtarmen kommer ut.

**Kronisk diarré** innebär varaktighet > 4 veckor. Utredningsgång beroende på symptomatologi och intensitet. Kan orsakas av ett flertal rubbningar i olika organsystem varför ”bred” screening med olika utbredningsalternativ är behövligt.

Viktigt att ej missa primär fekal inkontinens samt att fånga upp patienter med frekventa små avföringar tillhörande IBS enligt Rom II kriterierna.

Anamnes och fysikalisk undersökning med tonvikt på: Läkemedel, etyl, sockerfritt godis, laktosintolerans, strålterapi, ventrikelkirurgi, tunntarmskirurgi, galloperation och systemsjukdom. Viktigt att skilja ut diarré med blodtillblandning, vattmig diarré och ”fett”-diarré.

”Basal” laborieutredning innefattar SR, Hb, ferritin, TSH, kortisol, B12 o folat, F-HbxIII, F-Odl x III, F-mikroskopi x III.

Välj rekto-koloskopi med PAD för identifiering av IBD, ischemisk kolit samt cancer. Gastroskopi med PAD kan påvisa atrofisk gastrit, celiaki samt giardiasis.

Laktosbelastning eller sk genotypning ej behövligt, räcker med utsättningsförsök under några veckor. Vätgas-utandningstest kan påvisa patologisk tarmflora och SeHCAT (gallsaltsscintigrafi) påvisar gallsaltmalabsorption. Tunntarmsröntgen påvisar Mb Crohn samt divertiklar. Vid misstanke om kronisk pankreatit eller pankreacancer är datortomografi buk med inriktning på pankreas det bästa alternativet.

Vid misstanke om endokrin tumor som orsak till besvären remiss till gastroenterolog för vidare utredning.

## 3 Utredning och behandling

### 3.1 Hemorrojder

Symptombärande hemorrojder har två kardinalsymptom, blödning och prolaps. Vad gäller blödning råder olika uppfattningar om detta över huvudtaget är någon behandlingsindikation om inte blödningen är mycket besvärande och framförallt om den är anemiserande. All intervention hotar att störa den finstämda täthetsfunktionen där de så kallade ”anal cushions” ingår och står för 10-15 % av kontinensen. I dessa ”cushions” ligger respektive hemorrojdplexa, vilka således kommer att påverkas vid varje form av ingrepp i området.

Vid prolaps besväras patienten av fyllnadskänsla med spontan eller ibland digital reposition av hemorrojdylset efter defekation. En prolaps kan oftast framprovoceras då patienten ombedes krysta.

Kolorektal basutredning måste alltid genomföras dvs alla patienter skall rektoskoperas och kolonundersökning måste övervägas!

#### Behandling

- A. Vid behov av avföringsreglerande medel ges i första hand bulkmedel tex Inolaxol granulat 1-3 ggr dagligen. Salvor har ingen dokumenterad effekt men prövas ofta som ett tillägg, t ex Xyloproct salva.
- B. Vid små icke prolaberande inre hemorrojder som blöder envist kan behandling ges med injektion submuköst av 6-9 ml Fenol i olja på 2-3 lokaler.
- C. Vid framförallt prolaberande hemorrojder kan gummiringligatur (-er) appliceras med instrumentarium på basen av respektive hemorrojdplexa. Ny gummiringligatur appliceras med cirka sex veckors mellanrum vid behov. Om otillfredsställande effekt remitteras patienten till kirurgklinik för vidare bedömning och ställningstagande till operation.

B och C kan utföras av allmänläkare eller kirurg.

### 3.2 Akuta hemorrhoider

Varvid menas antingen inklämda, trombotiserade inre hemorrojder eller sk perianalhematom.

#### Inklämda hemorrojder

Innebär att inre hemorrojder prolaberat och blivit klämda i analkanalen. Känner man försiktigt i anus så är analkanalen ”blockerad” av den ofta lite nekrotiska inre hemorrojden. Runt anus ses ofta ett ödem runt yttre vensystemet.

## Behandling

Vi opererar i princip aldrig dessa patienter pga risk för skada på sfinktern. Skötes med smärtstillande tabletter, smärtstillande salva eller gel (tex Xylocain gel) samt något laxermedel. En perianal blockad med lokalanestetika ger förutom god smärtlindring även möjlighet till reponering av ödem och hemorrojdykylsen. Vid svåra smärtor som inte kuperas av enligt ovan, remitteras för inläggning och smärtlindring.

### 3.3 Perianalhematom

Kallas ibland även trombotiserade yttre hemorrojder. Uppträder typiskt en stund efter tarmtömning som en smärtande blåskimrande kula invid anus. Vid försiktig palpation kan man komma in i analkanalen utan hinder eller speciell ömhet.

## Behandling

Om stora (tumändstora) och mycket smärta kan litet kirurgiskt ingrepp övervägas. Bedöva toppen av hematomet långsamt via blå eller grå subcut nål (ett stick), excidera ovalärt huden över toppen och skrapa ut tromberna. I.ö symptomatisk behandling.

### 3.4 Analfissur

Diagnosen ställs i typfallet vid inspektion när man försiktigt separerar glutéerna och ”lyfter fram” det perianala området/analkanalens mest distala del. I typfallet (vid kronisk fissur) finns en portvaktstagg belägen rakt bakåt kl 6. Fissuren har olika utseende beroende på anamnesens längd; har fissuren stått en tid så ser man sfinktermuskulaturen i fissurens botten. Om anamnesen är kort är det inte säkert att fissuren syns vid inspektion varför palpation och skopi kan bli nödvändig för diagnos. Det är viktigt att man försiktigt för in fingret med kompression ventralt så att man ”håller sig ifrån” fissuren vid införandet av fingret. Applikation av Xylocaingel underlättar undersökning betydligt.

Det är i typfall rimligt att sätta in behandling på ett inspektionsfynd men kolorektal basutredning måste då genomföras i samband med uppföljande återbesök!

## Behandling

Avföringsreglerande medel (tex Inolaxol granulat 1-3 ggr dagligen), samt per oral analgetika vid behov.

Två glattmuskel- (interna sfinktern) relaxerande medel finns att tillgå:

Diltiazem kräm, 2 % i Ung Merck, 50 g, utvärtes 2 ggr dagl. samt

Glycerylnitrat kräm 0,2% i Ung. Merck 100 g, utvärtes 2-4 ggr. dagl.

Preparaten är extemporeberedningar vilka bereds i Stockholm varför det kan ibland ta några dagar innan preparatet kan hämtas ut.

En färdigberedning finns av glycerylnitrat, Rectogesic 30g, men denna produkt är c:a 600 kr dyrare än extemporeberedningen!

Glycerylnitrat och diltiazem har likvärdig effekt (c:a 70 % blir bra) dock får 10-30% av patienterna besvärande huvudvärk av glycerylnitrat, som dock ofta klingar av om patienten fortsätter med preparatet.

Patienten uppföljes på lämpligt sätt efter sex veckor. Om otillfredsställande effekt efter denna tid kan behandlingen förlängas ytterligare 2 veckor. Om fortfarande otillfredsställande effekt kan man pröva med att byta till Glycerylnitrat om Diltiazem använts eller tvärtom och behandla ytterligare 6-8 veckor. Om då ingen effekt remitteras patienten till kirurgkliniken för ställningstagande till operation med anal dilatation eller subcutan lateral sfinkterotomi som bägge för med sig en viss risk för fekal inkontinens.

### 3.5 Anal klåda – Pruritus ani

Inspektion; Eksem? Svamp? Scabies? Ev. tejptest och mikroskopering.

Om ringa fynd; allmänna hygienråd, varsam tvättning, parfymfri/olivolja som tvål och försiktig torkning med toalettpapper. Mot klådan kräm Daktacort eller Pevisone i max. 2 veckor

### 3.6 Perianalabscess

Små helt ytliga abscesser kan incideras i lokalbedövning (injicera bedövningsmedlet mycket långsamt) i övrigt bör dessa fall remitteras akut för kirurgiskt dränage i fullgod anestesi. Det är viktigt att dränaget görs så snabbt som möjligt för att förhindra att abscessen skadar sfinkterfunktionen. Det är sällan någon idé att ge patienten enbart antibiotikabehandling.

### 3.7 Analfistel

Fisteln är ett resultat av en kirurgiskt eller spontant dränerad perianalabscess. Diagnosen ställs genom verifikation av yttre mynning varifrån det tömmer sig pus och/eller blod. Utöver sedvanlig undersökning av det anorektala området ska någon ytterligare undersökning avseende själva fistelgången aldrig utföras då risk alltid föreligger för skapande av falsk gång om fistelgången sonderas hos en patient som inte är sövd. Analfistlar kan vara mycket svårbehandlade och kräva flera operationer. Patienter som skall opereras måste ha symptom och vara motiverade för ingrepp. Själva operationen innebär en balansgång mellan radikal läkande åtgärd och risk för fekal inkontinens.

Patienter med analfistelsjukdom remitteras till kirurg mottagningen.



### 3.8 Pilonidalsinus

Debuterar ofta som en liten böld i crena ani mellan skinkorna. Denna kan ofta incideras i lokalbedövning. Antibiotikabehandling är sällan eller aldrig indicerad. Viktigt att informera patienten om att ”fistelöppningar” kan kvarstå och ge sekretion, samt att be patienten hålla området fritt från hår. Den kroniskt recidiverande formen av sinusitet läker inte spontant. Om besvärande symptom måste fistelsystemet excideras för att få utläkning och detta görs som dagkirurgiskt ingrepp och patienten remitteras till kirurgkliniken.

### 3.9 Divertikulit

Patienter med kända divertiklar i kolon, ömhet i vänster fossa och temp upp till 38 grader kan om de är opåverkade och företer ett beskedligt bukstatus enbart ordineras flytande kost några dagar varpå besvären oftast försvinner spontant. Det finns idag ingen studie som visat något värde med antibiotikabehandling vid okomplicerad divertikulit. Om högre feber, peritonitretning eller påverkat allmäntillstånd eller oklar genes, remiss akut till kirurgen, varvid akut datortomografi utföres, vilken objektifierar diagnosen.

Patienter med upprepade sk divertikuliter utan komplikationer behandlas idag mycket sällan med kirurgisk åtgärd. Patienter med känd divertikulos och buksmärtor lider oftast av IBS eller colon irritabile och är inte hjälpta av någon operation

Patienter med akut divertikulit där kolonutredning är mindre än 2-3 år gammal med påvisad divertikulos, kräver oftast ingen uppföljning.

Efter genomgången förstagsdivertikulit bör kolonröntgen ske tidigast efter 4-6 veckor.

### 3.10 Oklara centrala och nedre buksmärtor

Dessa patienter behöver utredas innan ev remiss utfärdas. Viktigt är en god anamnes avseende smärttyp, lokalisation och ev förekomst av avföringsrubbningsar. Om laboratedata är normala och symptom talar för tarmåkomma, bör utredning ske med rektoskopi och kolonröntgen i första hand. Patienter som genomgått bukoperationer utvecklar nästan samtliga adherenser och tidigare trodde man att kroniska buksmärtor kunde bli bättre efter laparotomi och adherenslösning. Idag vet vi att så ej är fallet och opererar i stort sett aldrig patienter för den indikationen.

Återkommande buksmärtor av knip-typ efter födointag hos framförallt yngre, kan tala för Crohn´s sjukdom och då kan diagnos ställas vid tunntarmsröntgen dubbelkontrast (ej passage-röntgen) via duodenalsond.

Patienter med oklara buksmärter där basal utredning är normal kan utredas vidare med datortomografi buk, innan ev. remittering.

### 3.11 Kronisk obstipation

Om patienten nyligen har genomgått adekvat kolorektal basutredning, är det rimligt att pröva symptomatisk behandling. Är utredningen äldre än 2-3 år bör denna göras omi fall symptomen ändrat karaktär.

Är kolorektal basutredning åter normal kan symptomatisk behandling prövas på ett strukturerat sätt.

#### Behandling

I första hand bulkmedel typ Inolaxol (ger liten gasproduktion) i lämpligt upptitrerad dos. I andra hand prövas laktulos (Laktulos, Laktipex), samt ibland i kombination med bulkmedel. I tredje hand kan lämplig dos av Movicol uttitreras. Till äldre patienter kan ett tillägg av motorikstimulerande medel vara ett bra komplement, tex natriumpikosulfat (Laxoberal). Ett annat alternativ är att pröva Parafinemulsion i dos 10 ml x 2-3.

Till äldre som har svårt att tömma rekommenderar vi ibland laxermedel typ Mikrolax eller Resulax några dagar i veckan.

Om terapiresistens, framför allt i yngre åldersgrupper, kan remittering vara motiverad då kirurgisk behandling i mycket sällsynta fall kan vara indicerad.

### 3.12 Kolorektala polyper

Säkerställd eller misstänkt polyp eller tumor inom det kolorektala området remitteras till kirurg kliniken för skopi med ev. polypektomi. Beskriv polypens läge, storlek och utseende.

## 4 Kolorektal cancer

### Primärutredning vid misstanke om kolorektal cancer

#### 4.1 Bakgrund

Cancer i grovtarm och ändtarm är en vanlig tumörform och drabbar årligen ca 120 nya patienter inom Landstinget Kronoberg. Medelålder vid diagnos är c:a 73 år.

1/3 av dessa utgörs av rektalcancer (inom 15 cm från analöppningen) vilken är något vanligare hos män än kvinnor.

Ärftliga faktorer såsom Hereditär non-polyposis colorectal cancer (HNPCC) och Familjär adenomatös polypos (FAP) bidrar till tidig cancerförekomst. Patienter med inflammatorisk tarmsjukdom med utbredning proximalt om vänster flexur har en ökad cancerrisk liksom patienter med två eller flera nära släktingar som haft kolorektalcancer.

## 4.2 Symptom

I tidigt skede asymtomatisk. I takt med tillväxt tillkommer **ändrade avföringsvanor** såsom förstoppning omväxlande med diarré samt ofta **blod och slem** i avföringen. I högerkolon saknas ofta tarmsymptom. Här dominerar anemi, viktnedgång och nedsatt allmäntillstånd. Vid rektalcancer kan **trängningar till avföring** och en känsla av ofullständig tarmtömning förekomma. **Smärta** är ett ovanligt och sent symptom vid rektalcancer. Obstruktionssymptom med förstoppning och gasspänning av buken om tarmlumen förträngs av cancer. Ca. 15% av all coloncancer debuterar som ileus.

## 4.3 Primärutredning

Gör en kolorektal basutredning. Rektalpalpation upptäcker flertalet tumörer i rektum. Rektoskopi görs alltid före kolonutredning. Om potentiell blödningskälla i form av hemorrojder upptäcks vid palpation och proktoskopi måste även alltid rektoskopi göras.

Vid stark misstanke om koloncancer finns ingen anledning att F-Hb testa utan direktremiss för kolonutredning enligt ovan. Vid liten misstanke om malignitet, kan F-Hb användas som screeningmetod. Korrekt F-Hb innebär prov på tre konsekutiva avföringar. Vid neg fynd bör man upprepa provtagningen efter en månad för att säkert kunna lämna denna patient.

Vid fynd av misstänkt cancer remitteras patienten till länssjukvårdens kirurgiska kliniker.

Patienter med starkt misstänkt eller säkerställd kolorektal cancer remitteras akut om obstruktionssymptom och hotande eller manifest kolonileus föreligger.

Cancerdiagnosen i sig motiverar inte akut remittering, mottagningsbesöket skall planeras varvid kirurg och tarmsköterska träffar patienten gemensamt, vanligen inom 1-3 veckor efter remissankomst.

Om kolonröntgen/ DT-kolon är utförd skyltas denna undersökning på kirurg röntgenrond; om diagnosen anses säkerställd görs ingen kompletterande koloskopi.

För att undersöka eventuell fjärrmetastasering görs datortomografi (DT) buk och röntgen pulm; detta underlättar också bedömning av uppföljande DT efter ev. adjuvant onkologisk behandling/uppföljande postoperativa kontroller.

Patienter med misstanke om rektalcancer behöver inte biopsieras. Förnyad rektoskopi med biopsitagning sker alltid vid besöket på kirurgmottagningen. Även rektalcancerpatienter genomgår DT-buk och röntgen pulm samt MR rectum, för stadiindelning av tumören, vilken utgör underlag för val av preoperativ onkologisk behandling. En del patienter opereras utan förbehandling medan andra får lokal kortidsstrålning veckan före operation, alternativt långtidsstrålning under c:a 5-6 veckor med konkomittant cytostatikabehandling. Efter avslutad förbehandling opereras dessa patienter efter ytterligare c:a 6 veckors tid.

Tiden till operation för en koloncancer från mottagningsbesök på kirurgmottagningen är två till fyra veckor; för rektalcancer fyra veckor upp till sex månader, beroende på utredningsfynd och typ av given onkologisk förbehandling.

## 5 Fekal inkontinens

Detta symptom kan vara delkomponent i många olika tillstånd. Anamnesen ska penetrera avföringsvanor, obstetrisk trauma, neurologiska tillstånd samt diabetes. Definiera typ av läckage: gas, soiling (gul-brunt slem), lös avföring eller fast avföring. Om misstanke framkommer på bakomliggande inflammatorisk tarmsjukdom remitteras patienten till medicinkliniken (gastroenterolog) för koloskopi. För att utesluta annan sjukdom i kolon bör kolonröntgen/ DT-kolon utföras.

Om kolorektal basutredning är normal, och allt talar för en dysfunktion i slutmuskeln, är det alltid korrekt att pröva symptomatisk behandling före eventuell remittering. Oftast rör denna patientgrupp äldre kvinnor med nedsatt sfinktertonus både i vila och vid knip kring undersökande finger.

### 5.1 Behandling

Se till att eventuell avföringsrubbnings korrigeras, använd bulkmedel typ Inolaxol, 1-3 ggr dagl. Ofta upphör eller minskar läckagen om avföringen blir formad. Om detta inte har önskad effekt så titreras en låg dos av loperamid ut (+ bulkmedel). Ofta ses passivt läckage i samband med fysiskt aktivitet t ex vid promenad. Ett tips kan då vara att pröva med 1-2 tabletter loperamid en stund innan utgång alternativt ett litet lavemang för att tömma rektum-sigma helt.

Vid lindrig inkontinens kan denna regim leda till stor förbättring eller symptomfrihet. Ofta betyder det mycket för patienten att kunna vara säker i vissa situationer (loperamid vb).

Om utebliven effekt remitteras patienten för bedömning. Yngre patienter med tidigare obstetriskt trauma kan ha god effekt av sfinkterplastik; resultaten på lång sikt av kirurgisk behandling är inte så bra som man tidigare trott men ca 50 –60 % blir förbättrade.

## 6 Irritable Bowel Syndrom IBS

Merparten av patienterna utreds, behandlas och följs upp i öppenvården.

Behandla symptomatiskt med bulkmedel och loperamid. Som tilläggsbehandling vid smärta kan prövas tabl. Tryptizol 10 mg till natten, vilken upptitreras med 10 mg i vecka till slutdos 30 mg t.n. Vid gas besvär prövas Minifom.

Cholpermin(licenspreparat) kan hjälpa vid magkramper.

Patienter med normal kolorektal basutredning och dåligt svar på behandling remitteras i första hand till gastroenterolog på medicinkliniken vid behov av second opinion.

### Diagnostiska kriterier (Rom II)

- Buksmärta eller obehag, som debuterade för mer än 6 månader sedan
- Besvär minst 3 dagar/månad under de senaste 3 månaderna
- Minst 2 av nedanstående kriterier
  - Förbättras vid defekation
  - Förenade med en ändrad avföringsfrekvens
  - Förenade med en ändrad avföringsform

### Symptom som inte är förenliga med IBS

- Kort symptomduration med ett progressivt kliniskt förlopp
- Debut efter 45–50 års ålder
- Viktnedgång, nattlig diarré, blödning
- Ständig diarré
- Avvikande laboratorieprover som hög SR, anemi eller tecken till tarmblödning

## 7 Proktit

Ca 1/3 av patienter med ulcerös kolit har lokaliserad proktit, dvs. inflammation sträckande sig som längst 10-15 cm upp från anus. Progression proximalt sker hos ca 5%/år varvid hälften utvecklar proktosigmoidit och hälften v-sidig eller extensiv kolit.

För att diagnosen skall kunna ställas krävs att man vid rektoskopi kan se den övre begränsningen av inflammationen och att slemhinnan ovan proktiten är normal. Om inflammationen finns inom hela rektoskopets räckvidd är diagnosen kolit (se nedan) och patienten remitteras till medicinsk gastro CLV. Innan behandling inleds bör rutinodlingar tagas och venerologisk proktit bör uteslutas i misstänkta fall (gonorré, clamydia mm).

Förstahandsbehandling vid akut proktit är rektalsuspension Pentasa 1g x 1-2 ggr/dag under 4-8 veckor. Behandlingen bör fortsätta någon vecka efter erhållen remission.

Alternativt gives Colifoam x2 under en vecka och därefter till kvällen under några veckor (alternativt Entocort clysm). Behandlingen kan upprepas en gång. Patienten bör kontrollrektoskoperas vid ett tillfälle.

Om patienten inte läker ut på två kurer, remiss till medgastro CLV.

**Utdrag ur nationella riktlinjer för handläggning av akut svårt skov av ulcerös kolit.** (Utarbetat av arbetsgrupp från SGF och SOIBD; Curt Tysk mfl)

Enstaka patienter/år drabbas inom Kronobergs upptagningsområde. Vid adekvat omhändertagande är mortaliteten <1% och kolektomifrekvensen ca 30%. Således mycket viktigt att ej primärt missa dessa patienter eftersom patienten kan trots svår kolit te sig anmärkningsvärt opåverkad. Som hjälp i primärbedömningen kan svårighetsgraden bedömas enligt modifierat Trulove & Witts index.

	Mild	Måttligt svår	Svår
Antal blodtillblandade avföringar/dag		>4 om	> 6 och
Pulsfrekvens	<90	<90	>90 eller
Temperatur	<37.5	<37.8	>37.8 eller
Hb	>115	>105	<105 eller
SR	<20	<30	>30 eller
eller CRP	Normal	< 30	> 30

IBD patient bedömd med ovanstående variabler och bedömd som svårt skov skall omedelbart remitteras till medgastro CLV samt även akutbedömas av kolorektal kirurg. Den fortsatta handläggningen sker sedan i nära samarbete mellan gastroenterolog och kolorektal kirurg.

## 8 Telefonkonsultation

Vid behov av direktkonsultation med kolorektal kirurg finns sådan alltid tillgänglig dagtid vid CLV. Telefonnummer: 0470/589442.

Direktkonsultation med medicinsk gastroenterolog sker via växeln vid CLV.  
Telefonnummer: 0470/588000

Länssjukvården Kirurgi och Medicin och primärvården Kronoberg dag som ovan.

Hilding Björkman,  
Öl, Verksamhetschef  
Länssjukvården Kirurgkliniken Växjö

Olle Wilhborg  
Öl, Verksamhetschef  
Länssjukvården Kirurgkliniken Ljungby

Peter Andersson  
Öl, Sektionsansvarig, Sektionen för nedre gastrokirurgi,  
Länssjukvården Kirurgkliniken, Växjö

Per-Henrik Nilsson  
Öl, Verksamhetschef,  
Länssjukvården Medicinkliniken Växjö

Kjell-Åke Jönsson  
Öl, Sektionsansvarig  
Medicinsk gastroenterologi, Länssjukvården Medicinkliniken Växjö

Göran Storby  
Öl, Sektionsansvarig  
Röntgenavdelningen Växjö  
Länssjukvården  
Bild och funktionsdiagnostiskt centrum Växjö

Lovisa Anderzon  
Distriktsläkare  
Primärvården Kronoberg

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