

Inflammatorisk tarmsjukdom - primärvårdens handläggning

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Kjell Åke Alle, överläkare, medicinkliniken Växjö
Henrik Simán, överläkare, medicinkliniken Växjö

Innehållsförteckning

1	När misstänka inflammatorisk tarmsjukdom?	2
1.1	Ulcerös kolit	2
1.2	Crohn's sjukdom	2
1.3	Misstänk alltid IBD	2
2	Utredning.....	2
3	Behandling.....	2
3.1	Behandlingsförslag för induktion av remission hos UCs.....	2
3.2	Underhållsbehandling vid UC	3
4	Uppföljning.....	3
5	Remiss	3

1 När misstänka inflammatorisk tarmsjukdom?

1.1 Ulcerös kolit

Ändtarmsblödning med slem, trängningar och ökad avföringsfrekvens. Kvarstående vattnig diarré. Ändtarmsblödning som börjar efter rökstopp. Ofta debut i unga år. Om > 50år vid debuten mera sannolikt med cancer än ulcerös kolit.

1.2 Crohn's sjukdom

Diarré, buksmärta o vikt förlust eller dålig tillväxt. Natliga diarréer. Allmänsymtom som feber o trötthet. Anala besvär i form av fissurer, fistlar och bölder.

1.3 Misstänk alltid IBD

Vid buksmärter samt diarré i kombination med munsår, irit, episclerit, erythema nodosum, pyoderma gangrenosum eller artropathi.

Vid hereditet för IBD eller Mb Bechterew.

2 Utredning

Initial utredning

Bukpalpation, perianal inspektion, pr, rektoskopi och f-odlingar (allmän, cl difficile). I labdata förhöjda trc, SR, CRP och orosomuroid. Sänkt albumin och Hb. Eventuellt påverkade leverenzymmer.

3 Behandling

3.1 Behandlingsförslag för induktion av remission hos UCs

Mild/moderat proktit: Lokala glukocortikoider/5-ASA som skum eller suppositorier.

Proktosigmoidit: Glukocortikoid/5-ASA som klysma + steroider po om ingen övre gräns rektoskopiskt.

Vänstersidig, extensiv eller totalkolit: Po steroider i kombination med steroid/5-ASA klysma lokalt.

Vilken steroiddos?

Vid mild sjukdom (4 eller < avf/dag) prednisolon 20 mg/dag under fyra veckor innan nedtrappning med 5 mg/vecka.

Vid moderat sjukdom (4 eller > blodiga avf/dag men kliniskt opåverkad patient) 40 mg prednisolon/dag som sakta minskas, nedtrappning med 5 mg/vecka.

3.2 Underhållsbehandling vid UC

Lokalbehandling i kombination med peroralt 5-ASA preparat.

4 Uppföljning

Vilka patienter kan/skall distriktsläkaren följa upp?

Ulcerösa proktiter eller distala koliter med få och lindriga återfall. Lugna koliter, som sträcker sig längst till mjältflexuren och med lindrigt förlopp.

Kända Crohnpatienter med mycket lugn eller lågradig sjukdom.

5 Remiss

När remittera?

Snarast när diagnosen misstänks. Akut om det föreligger buksmärtor/bukömhet, svår diarré med blödning och/eller feber.

Vilka patienter skall återremitteras till specialisten?

Proktiter/distala koliter som ej svarar på oral/rektal 5-ASA och/eller rektala steroidklymsa

Extensiva koliter, som försämras (vattniga blodiga diarréer > 8/dag, feber, tackycardi, smärta, viktförlust, törst, anemi, i behov av steroider systemiskt).

Dålig effekt av systemiska steroider. Upprepat behov av systemiska steroider. Cancermisstanke. Crohnpatienter med symptom som inger misstanke på obstruktion (kräkning, kolik, utspänd mage).

Vid aktivt skov av Mb Crohn skall patienten alltid snarast remitteras till specialist.

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