

Studie av poliklinisk handläggning med optimerad 5-ASA-behandling till patienter med akut skov av inflammatorisk tarmsjukdom

Magdalena Blad, ST-läkare Internmedicin,

magdalena.blad@kronoberg.se

Vetenskaplig handledare: Henrik Simán,
med.dr, specialistläkare gastroenterologi och
hepatologi

Innehåll

Introduktion	2
Syfte	4
Material och metod.....	5
Studiepopulation/urval	5
Metoder	6
Etik.....	7
Tidsplan.....	8
Finansiering.....	8
Resultat.....	9
Diskussion.....	12
Referenser	15
Bilagor	16

Introduktion

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är en grupp sjukdomar karakteriserade av kronisk inflammation i gastrointestinalkanalerna (1). De två huvuddiagnoserna är ulcerös kolit (UC) och Crohns sjukdom (CD). Gemensamt för dessa är skovvis sjukdomsförlopp med perioder av symtomförvärring med mellanvarande remission (2). Det är stor interindividuell variation, både avseende inflammationsutbredning och symtombörda. Hos vissa är sjukdomen mycket lindrig till att hos andra vara invalidiserande. Extraintestinala manifestationer förekommer och kan involvera ögon, hud, lever och leder. Primär skleroserande kolangit (PSC) har tydlig association med IBD (3).

Kardinalsymtom är perioder med buksmärter och avvikande avföringsmönster (2). Vid UC är det vanligt med trängningar och blod- och slemblandade diarréer, medan rektala blödningar är ovanligt vid CD i tunntarmen (6). Diagnoserna kan vara svåra att differentiera, även histologiskt. En minoritet som initialt fått diagnosen UC får denna senare ändrad till CD och vice versa. Ett mindre antal patienter får aldrig en säker diagnos (3,6).

Vid UC har inflammationen kontinuerlig utbredning och engagerar endast mukosa och submukosa i tjocktarmen. Enbart rektum kan vara involverat, vilket benämns proktit. Inflammationen breder ut sig varierande sträcka proximalt (1). Hela kolon kan afficeras, ibland även distala ileum, så kallad backwash ileitis. Rektumsparande kolit kan förekomma vilket har klinisk relevans då en rektoskopi kan vara normal även vid aktiv inflammation.

CD kan afficera alla delar av gastrointestinalkanalerna, från munhåla till anus. Vanligt är inflammation i terminala ileum (1,3). Karakteristiskt är transmural inflammation. Komplikationer såsom abscessbildning, strikturer, fistelbildning och tarmperforation kan uppstå (7).

Etiologin är inte helt känd men flera kända faktorer som bidrar till sjukdomsutveckling finns, såsom genetik, immunologiska mekanismer och miljöfaktorer.

Incidensen av IBD är högre hos förstegradssläktingar till personer med IBD än i övriga befolkningen, med starkare samband vid CD än vid UC (1,3). Många genetiska riskloci för IBD har identifierats, varav flera gemensamma för UC och CD (2,3). Det rör gener som reglerar epitelets

permeabilitet, mukosabariären, immunförsvaret och autofagi. NOD2 var första genen att associeras med CD. Den är involverad i att detektera invaderande mikrober i tarmslemhinnan och reglerar autofagi. Hos patienter med CD ses ofta mutation i NOD2 och det finns association mellan specifik mutation och mer allvarlig CD-fenotyp (1,2).

Dysreglering av immunförsvaret med obalans mellan pro-inflammatoriska och anti-inflammatoriska faktorer har en huvudroll i sjukdomsutvecklingen (1-3). Både det medfödda och det adaptiva immunförsvaret är involverade och det är mot dessa immunologiska mekanismer som läkemedelsbehandling riktas.

Under 1900-talets andra hälft har incidensen av IBD ökat tydligt i västvärlden och sedan millennieskiftet planat ut. I vissa områden ses nu minskande tendenser (4). Liknande ökning i incidens ses på senare år i nyligen industrialiserade länder vilket stödjer att miljöfaktorer påverkar sjukdomsutvecklingen. Prevalensen är högre i stadsmiljö jämfört med på landsbygden (5). Diet kan påverka och förvärra sjukdomsbilden (2, 6). Rökning associeras med ökad risk för IBD och förvärrad CD, men kan samtidigt snarare skydda mot UC (6). Risken för UC verkar kunna minska efter genomgången appendektomi. Kvinnor och män är ungefär lika representerade (3,6).

Kurativ behandling saknas och behandlingen syftar till att häva akuta skov och bibehålla remission, förhindra komplikationer, bevara tarmfunktion samt upprätthålla god livskvalitet (7). I första hand är behandlingen medikamentell. Aktuellt är immundämpande (glukokortikosteroider, budesonid, 5-ASA), immunmodulerande (azatioprin, 6-merkaptopurin) och biologiska (infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab, tofacitinib) läkemedel (8). Förstahandsläkemedel vid mild sjukdom är 5-ASA, vid såväl UC som CD även om evidensen vid CD är svagare (3,8). Det kan tänkas att 5-ASA vid CD med huvudsakligt kolonengagemang ger liknande behandlingseffekt som hos UC. 5-ASA används både i högre doser för att häva skov och i lägre dos som underhållsbehandling. Administrering sker systemiskt eller topiskt beroende på sjukdomsutbredning (3). Vid allvarligare skov kompletteras behandlingen i första hand med glukokortikosteroider.

Azatioprin och 6-merkaptopurin används främst som underhållsbehandling. De kan också användas vid skov och då företrädesvis i kombination med läkemedel med snabbare induktion av remission då det är en fördröjning mellan uppstart och full effekt av immunmodulerande läkemedel. Biologiska läkemedel är ett alternativ vid svår sjukdom när ovannämnda har otillräcklig effekt (8). Kirurgi kan bli aktuellt om tillräcklig effekt inte uppnås med läkemedelsbehandling eller

vid komplikationer (3,9). Operation med kolektomi kan behövas vid komplicerad UC med fulminant kolit med kolondilatation, kolonperforation eller svår blödning. Vid CD kan strikturer med ileusutveckling, svår fistelbildning eller abscesser göra kirurgi nödvändig. Tarmbevarande kirurgi förespråkas vid CD för att bevara mest möjligt av funktionell tarm.

Syfte

Patienter med inflammatorisk tarmsjukdom är en heterogen grupp och beroende på sjukdomsutbredning och digniteten av ett skov är olika handläggning och behandling aktuell. Vid skov behövs intensifierad behandling och i vissa fall inläggande vård för att häva den akuta försämringen. Många patienter kan hanteras polikliniskt, och antas kunna ha fullgod hjälp av optimering av behandling med 5-ASA vid skov. Patienter med diagnostiserad inflammatorisk tarmsjukdom, som följs via mag-/tarmmottagningen på centrallasarettet i Växjö, har möjlighet att kontakta mottagningen per telefon vid begynnande skov. Telefonen bemannas av sjuksköterska som handlägger patienten vidare. På mag-/tarmmottagningen har det under 2020 tagits fram en arbetsrutin (bilaga 1) som sjuksköterskorna på mottagningen arbetar utifrån. Rutinen är relativt nyligen införd där arbetssättet ännu inte är utvärderat. Syftet med denna studie är att undersöka hur väl rutinen fungerar och se om det kan finnas behov av justeringar. Det önskas mer kunskap om vilka faktorer som är associerade med framgångsrik handläggning genom optimering av 5-ASA-behandling vid skov av inflammatorisk tarmsjukdom, och vilka faktorer som verkar utgöra en risk för att optimering av 5-ASA-behandling inte är tillräcklig. Faktorer som antas påverka utfallet är kön, diagnos, utbredning av tarmsjukdom, allvarlighetsgrad av skov och rökning. Optimering av 5-ASA-behandling förespråkas i de fall det tros kunna vara effektivt, för att minska användningen av kortison. Poliklinisk handläggning av patienter ger också mer självständighet åt patienterna som i vissa fall på egen hand kan optimera sin behandling om tydliga och etablerade riktlinjer finns. Utifrån resultaten är förhoppningen att riktlinjer och arbetssätt kan justeras för att förbättra handläggningen. Kriterierna kan potentiellt förfinas för vilken patientgrupp som handläggs polikliniskt med rekommendation om optimerad 5-ASA-behandling, vilken patientgrupp som behöver tillägg av annan behandling såsom kortison eller budesonid och vilken patientgrupp som tros behöva inläggande vård.

Material och metod

Detta är en prospektiv observationsstudie. Inför studien utformades ett arbetsblad utifrån den inrättade arbetsrutinen på mag-/tarmmottagningen. Sjuksköterskor på mottagningen arbetade i sin tur utifrån detta arbetsblad, vilket utgjordes av två delar. En enkät-del där patientinformation fylls i av sjuksköterska på mottagningen och en handläggnings-del med rekommendationer om vidare handläggning utifrån de uppgifter som angivits i första delen. Patientinformationen som samlats in i arbetsbladet inkluderar ålder, kön, diagnos, sjukdomsutbredning, tidigare kirurgi, rökning och symtom vid aktuellt skov som föranlett kontakt med mottagningen. Utifrån informationen som inhämtats om patienten, dess sjukdomstillstånd och symtom vid aktuellt skov, fick sjuksköterskan på mottagningen avgöra vidare handläggning med stöd i rekommendationerna i arbetsbladet. Det fanns i huvudsak tre val avseende vidare handläggning. Vid mildare skov kunde sjuksköterska, utan kontakt med läkare, rekommendera optimering av 5-ASA-behandling. Det innebär fulldos av peroral 5-ASA och klysma alternativt suppositorium 5-ASA beroende på sjukdomsutbredning och om patienten har stomi eller inte. Vid måttliga skov konsulterades läkare för beslut om vidare handläggning. Vid dessa två alternativ informeras patienten om att ta kontakt med mottagningen på nytt vid försämring eller utebliven förbättring inom de närmsta två veckorna. Vid allvarliga skov rekommenderades att patienten sökte sig till slutenvården för eventuell inneliggande vård. Arbetsbladet ses i Bilaga 2.

Ny kontakt som skett inom tre månader från föregående kontakt räknades inte som ett nytt, unikt insjuknande. De patienter som eventuellt tar första kontakten med mottagningen efter mer än tre månaders symtomduration räknas som nytt skov. Gränsen tre månader är inte vetenskapligt belagt men bedömt som ett rimligt tidsintervall där en patient kan ha varit i full remission innan nästa skov. De patienter som ordinerar optimerad 5-ASA behandling via mottagningen inkluderas. De patienter som påbörjar optimering på egen hand innan kontakt med mottagningen exkluderas från analys.

Studiepopulation/urval

Studiepopulationen utgörs av patienter med diagnostiserad inflammatorisk tarmsjukdom, UC och CD, som tillhör mag-/tarmmottagningen på centrallasarettet i Växjö. Sekreterare på mottagningen

har tagit fram uppgift på antal patienter som följs via mottagningen med anledning IBD. Oktober 2020 var 984 patienter på mag-/tarmmottagningens väntelista under kategorin IBD. Under 2019 och 2020 har diagnoskod K50- (CD) satts på 318 patienter (32 %) och diagnoskod K51- (UC) på 582 patienter (59 %). Urvalet i sin tur utgörs av de patienter som tar kontakt med mag- tarmmottagningen vid skov. Varje kontakt med mottagningen vid nytt skov inkluderas i studien. Skillnad i totala antalet patienter under kategorin IBD och de som fått diagnoskod K50- och K51- beror på att diagnoser såsom ospecifik kolit, kollagen kolit och liknande också inkluderas i kategorin IBD. Det finns också patienter på väntelistan som inte har haft något återbesök till mottagningen under 2019-2020.

Det inhämtas inte data om de patienter som inte insjuknat med nytt skov och inte tar kontakt med mag-/tarmmottagningen med anledning av skov under perioden för datainsamling. Ett visst bortfall som i sin tur utgör felkällor i resultatet förväntas. Presumptiva källor till bortfall och fel inkluderar att enkäter av olika anledning inte fylls i vid kontakt med mottagningen, patienter tar inte ny kontakt trots utebliven förbättring och vårdkontakt med annan vårdgivare efter påbörjad behandlingsoptimering t.ex. vid resor eller flytt till annan ort.

Tiden för datainsamling förlängdes till juni 2022 för att få in ett större datamaterial.

Metoder

Arbetet började med datainsamling följt av sammanställning, analys och presentation. Datainsamlingen skedde med hjälp av ovan beskrivna arbetsblad och journalgenomgång. Vid varje tillfälle en patient tog telefonkontakt med mag-/tarmmottagningen med anledning av ett skov, fylldes ett nytt arbetsblad i. Enkäterna samlades in fortlöpande. Genomgång och journalgranskning skedde i efterhand. Samtliga ifyllda enkäter samlades in och registrerades. För att möjliggöra sammanställning och analys av data för utfallet vid handläggningen av skov behövde vad som utgör ett unikt skov definieras. Ett unikt skov definieras som ny kontakt för skov minst tre månader efter föregående kontakt för skov med tillfrisknande mellan tillfällena. Det vill säga, en och samma patient som tagit kontakt med mottagningen i januari respektive i maj med remission mellan kontakterna räknades som två unika tillfällen. Om återkontakt däremot inträffade med mindre än tre månaders intervall ansågs det som ett och samma söktillfälle. Utfallen av handläggningen delades in i framgångsrik och icke framgångsrik handläggning. Framgångsrik handläggning ansågs

vara om patienten ej tar kontakt med mottagningen på nytt inom tre månader med anledning av utebliven förbättring.

Avsikten var att jämföra utfallet av optimerad 5-ASA-behandling i subgrupper av patienter:

1. Kvinnor jämfört med män.
2. Crohns sjukdom jämfört med ulcerös kolit.
3. Utbredning av tarmsjukdom och lokalisation.
4. Olika svårighetsgrad av skov baserat på avföringsfrekvens.
5. Skovduration före kontakt.
6. Rökning.

I jämförelsen mellan CD och UC har patienterna med ospecificerad kolit inte tagits med. Vid jämförelse av utfall beroende på tarmsjukdomens utbredning har proktit och proktosigmoidit slagits samman till en grupp, och de andra grupperna utgörs av vänstersidig kolit och högersidig kolit tillsammans med extensiv/totalkolit. Svårighetsgrad av skov har baserats på avföringsfrekvens (antalet avföringar föregående dygn) och patienterna delades in i tre grupper. Gruppindelningen har gjorts i efterhand för att få någorlunda jämnstora grupper. Grupp 1: 1-3 avföringar föregående dygn, grupp 2: 4-6 avföringar föregående dygn, grupp 3: >7 avföringar föregående dygn. På liknande sätt har patienterna delats in i tre grupper utifrån skovduration innan kontakt. Grupp 1: 1-7 dagar, grupp 2: 8-14 dagar, grupp 3: >15 dagar. Tidigare och aktiva rökare har slagits samman och jämförs med ”aldrig-rökare”.

Samtliga inkluderade patienter har tagits med i analys avseende remission i förhållande till kön, diagnos, lokalisation av inflammation, avföringsfrekvens, tid sedan symtomdebut och rökning.

Etik

Eftersom denna studie är en del av ST-utbildning, och således omfattas av undantaget för studenter gällande etikprövning, har ingen ansökan till etiknämnden gjorts. Utifrån det studien mynnar ut i kan den inspirera till nya, mer omfattande studier där etikprövning kan vara nödvändig. Populärvetenskaplig sammanfattning av projektplanen har skickats till medicinklinikens verksamhetschef Thomas Aronsson för att få tillstånd till granskning av journaler. Ansökan om diarienummer tillsammans med sammanfattning av projektplan har skickats till FoU Kronoberg, Diarienummer 21RGK200 har erhållits.

Tidsplan

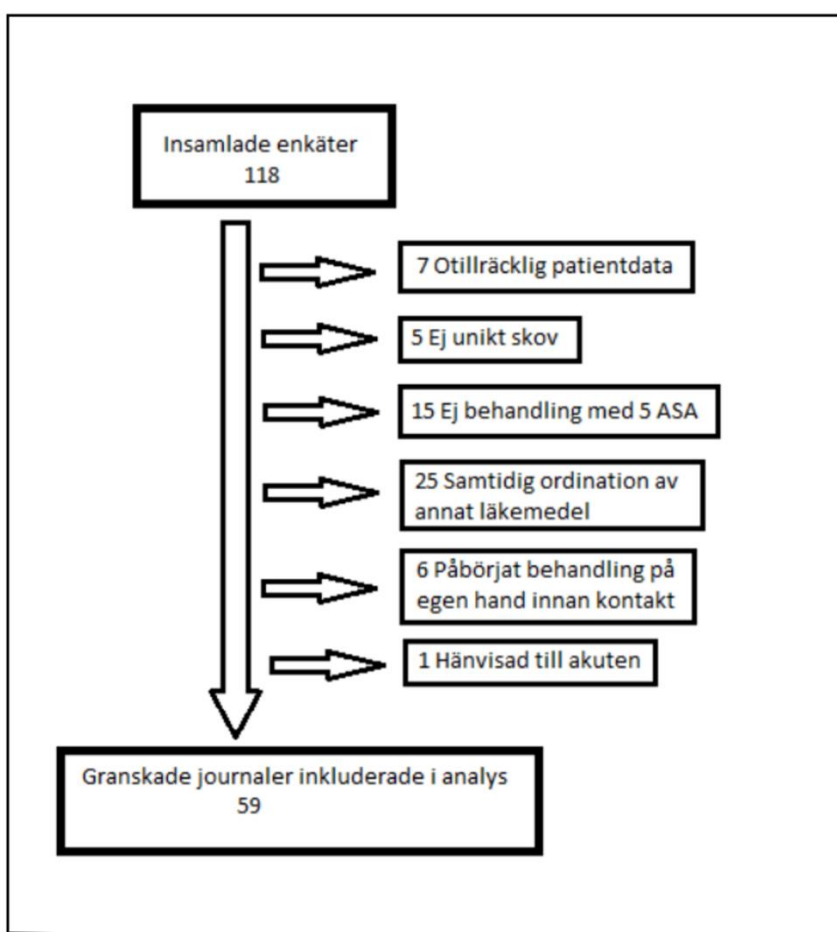
Planering av studien började hösten 2020, och enkäten för arbetet på mag-/tarmmottagningen togs i bruk då. Datainsamling pågick januari 2021 till och med juni 2022. Initialt var planen att enkäter skulle samlas in under ett års tid men för att få ett större material att arbeta med förlängdes insamlingsperioden ytterligare 6 månader. Granskning av journaler och sammanställning av data pågick under sommaren och hösten 2022 och vidare bearbetning och analys fortsatte under 2023.

Finansiering

Ej aktuellt.

Resultat

Det samlades in 118 enkäter under perioden. Bland dessa saknades i sju fall tillräcklig persondata för att journal skulle kunna återfinnas och granskas. Av de resterande fick ytterligare sex exkluderas då de beskrev samma skov. Totalt var det 106 kontakter med mottagningen för unika skov som handlades. Av dessa var 79 (75 %) fall med UC, 21 (20 %) fall med CD och 6 (5 %) fall med ospecificerad kolit.



Figur 1. Flödesschema för inklusion i studien

Tabell I. Remission vid optimerad 5-ASA-behandling hos olika subgrupper

	Remission		P-värde	OR (95% k.i.)*
	Ja. Antal (%)	Nej. Antal (%)		
Kön				
Man	16 (57)	12 (43)	1,0	1 (referens)
Kvinna	18 (58)	13 (42)		1,04 (0,33 - 3,3)
Diagnos †				
Ulcerös kolit	28 (55)	23 (45)	1,0	1 (referens)
Morbus Crohn	3 (60)	2 (40)		1,2 (0,13-16)
Lokalisation				
Extensiv/totalkolit ‡	16 (59)	11 (41)	0,13	1 (referens)
Vänstersidig kolit	2 (25)	6 (75)		0,24 (0,02-1,7)
Proktit/ proktosigmoidit	16 (67)	8 (33)		1,4 (0,38-5,1)
Antal avföringar föregående dygn				
1-3	14 (64)	8 (36)	0,71	1 (referens)
4-6	11 (50)	11 (50)		0,58 (0,12-2,2)
7 eller fler	9 (60)	6 (40)		0,86 (0,18-4,1)
Dagar sedan symtomdebut				
1-7	14 (58)	10 (42)	1,0	1 (referens)
8-21	11 (58)	8 (42)		0,98 (0,25-4,0)
22 eller fler	9 (56)	7 (44)		0,92 (0,21-4,0)
Rökning §				
Aldrig	25 (68)	12 (32)	0,097	1 (referens)
Rökare/tidigare rökare	9 (43)	12 (57)		0,37 (0,10-1,2)

* Konfidensintervall förkortning k.i.

† Endast de patienter med diagnos UC och CD har inkluderats. Tre patienter hade ospecifik kolit och har exkluderats från analys vid jämförelse mellan UC och CD.

‡ Sammanslagning av extensiv/totalkolit och högersidig kolit

§ Data avseende rökning saknas för en av de inkluderade patienterna. Sammanslagning av rökare och tidigare rökare

Vid journalgranskning fick ytterligare fall exkluderas då det inte kunde utvärderas huruvida optimerad 5-ASA-behandling var effektiv eller inte. Femton fall rörde patienter som inte hade behandling med 5-ASA vid första kontakten. I 25 fall gavs annat läkemedel i tillägg till eller istället för optimerad 5-ASA redan vid första kontakten, och optimerad 5-ASA-behandling hade då inte getts. I regel rörde det sig om tillägg av lokal eller systemisk kortisonbehandling, och i enstaka fall intensifiering av biologiska läkemedel. Det var endast två inkluderade patienter med högersidig kolit, och de har lagts samman med gruppen extensiv/totalkolit.

Totalt gick 34 (58 %, 95 % k.i.: 45 – 70 %) av de 59 inkluderade i remission med optimerad 5-ASA-behandling. När olika subgrupper undersöks ses inte så stora skillnader, utöver att rökare och tidigare rökare tenderar att ha svårare att gå i remission, se Tabell I.

Diskussion

Det mest intressanta resultatet i studien är att ungefär 58 procent går i remission i och med optimerad 5-ASA-behandling och att skillnaden inte är betydande mellan olika subgrupper. Definitionen av remission är att patienten inte har tagit ny kontakt med mottagningen. Patienten har informerats om att de ska kontakta mottagningen igen vid utebliven förbättring och det är rimligt att anta att de fall där det inte tagits ny kontakt efter optimerad behandling faktiskt har upplevt återhämtning. Andra alternativ för att utvärdera remission skulle exempelvis kunna vara att ha förnyad kontakt med alla patienter ett par veckor efter första kontakt för att efterhöra symtom eller låta patienter lämna avföringsprover. Detta skulle dock vara resurskrävande och den valda definitionen av remission avspeglar den kliniska verksamheten.

Fördelningen av patienter med UC, CD och icke-specificerad/okänd kolit som inkluderats i studien liknar, men är inte helt överensstämmande med, fördelningen bland de patienter som följs på mottagningen. En möjlig orsak kan vara att patienter med UC i högre grad nyttjar möjligheten till distanskontakt med mottagningen. Vi vet också att många kontakter med mottagningen inte genererat en ifylld enkät, av olika orsak. Tänkbart är att det finns en selektionsbias där detta inträffat oftare för patienter med CD än för de med UC. Detta kan bero på skillnader i behandlingsfrekvens med 5-ASA, skillnad i sjukdomsbörda och sjukdomsutbredning mellan patientgrupper, tidigare operationer och komplikationer etc. Gällande CD-patienter förekommer fall där sjukdomsutbredningen är begränsad till tunntarm och/eller övre magtarmkanalen vilka då inte heller är aktuella för 5-ASA-behandling. Ett antal patienter har fått exkluderas då de inte står på behandling med 5-ASA, även om de har tjocktarmsengagemang. Anledningen till det har inte undersökts men möjliga orsaker är biverkningar vid tidigare behandling, intolerans av olika skäl och/eller tidigare konstaterad behandlingssvikt med 5-ASA.

Det har förekommit fall där patienter handlagts enligt rutin utan att enkät fyllts i. Där förmodas bemanningssituationen ha inverkat, samt organisatoriska faktorer såsom att mottagningen byter lokal under semestertider och liknande. Huruvida det finns skillnader mellan patienter för vilka enkäter har fyllts i och för dem det inte har gjorts det kan det enbart spekuleras i utifrån aktuell data. Hur stort mörkertalet är saknas det uppgift på. Detta utgör således en svaghet i studien och resultaten måste därför tolkas med försiktighet.

Av de insamlade enkäterna har en stor andel fått exkluderas, som redovisat ovan. Antalet fall där optimering av 5-ASA-behandling har utvärderats är litet vilket försvårar tolkning och utgör en svaghet för studien. Samtliga kontakter är inte unika skov och enbart den initiala kontakten kan då inkluderas. Framtagen rutin är en riktlinje vilket innebär att det är möjligt att avvika från den om det bedöms vara medicinskt motiverat av behandlande läkare. I flera fall har läkare ordinerat kortisonpreparat i olika beredning innan försök med optimerad 5-ASA. Studien har inte varit designad för att studera varför man valt att frånga riktlinjen.

Utifrån de data som samlats in kan det inte ses någon skillnad i andel patienter som går i remission med optimerad 5-ASA-behandling beroende på kön.

Vid jämförelse mellan UC och CD bland de inkluderade fallen ses det ingen skillnad i chans för remission med optimerad 5-ASA-behandling. Om antalet inkluderade fall skulle vara högre skulle utfallet vara mer tillförlitligt. Framför allt är det endast ett fåtal inkluderade fall med CD.

Bland de inkluderade patienterna har de med proktit och proktosigmoidit uppvisat en högre remissionsfrekvens jämfört med de patienter som har annan sjukdomsutbredning. Till synes förvånande är att endast en fjärdedel av de inkluderade patienterna med vänstersidig kolit har gått i remission, en lägre andel än de med extensiv kolit. Här är antalet patienter dock lågt vilket gör resultatet mindre tillförlitligt.

Ett litet antal avföringar föregående dygn, 1 – 3 st, verkar vara associerat med större chans för remission jämfört med ett måttligt antal, 4 – 6 st. Övåntat nog har majoriteten av de fall med ett större antal avföringar än så föregående dygn gått i remission. En möjlig orsak är att hur allvarligt ett skov har uppfattats kan påverka handläggningen. Ett mycket stort antal avföringar föregående dygn kan uppfattas som ett värre skov, och i de fallen har tidigare behandlingsrespons oftare kontrollerats och lett till en selektionsbias. Fall där 5-ASA tidigare har setts vara effektiv har fått optimering av 5-ASA-behandling och inkluderats. De fall med tidigare terapivikt kan istället ha fått direkt tillägg av annat läkemedel och därför exkluderats. De patienter som uppfattas ha lindrigare skov kan antas mer rutinmässigt få 5-ASA-behandling vilket då inte genererar motsvarande bias i de grupperna. Dock är skillnaden inte statistiskt signifikant och ovanstående endast spekulationer.

Antal dagar sedan symtomdebut har inte heller kunnat påvisas spela någon roll för sannolikheten att gå i remission.

Att aldrig ha rökt verkar öka chanserna för remission med optimering av 5-ASA-behandling, jämfört med patienter som röker eller rökt tidigare. Detta är också den enda undersökta parametern som ligger nära att det finns en betydande skillnad.

En styrka med studien är att populationen, med reservation för mörkertalet, är representativ för den organisation där resultatet önskas presenteras och implementeras. För att få fram starkare data föreslås ytterligare studier och utvärdering av större material och där rutinen följs i högre utsträckning. Förhoppningsvis kan denna studie inspirera till fler studier av denna patientgrupp och på så sätt ytterligare effektivisera och utveckla en god arbetsrutin på mottagningen.

Referenser

1. PaChang, John T. "Pathophysiology of Inflammatory Bowel Diseases." *The New England journal of medicine* vol. 383,27 (2020): 2652-2664. doi:10.1056/NEJMr2002697
2. Guan, Qingdong. "A Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease." *Journal of immunology research* vol. 2019 7247238. 1 Dec. 2019, doi:10.1155/2019/7247238
3. Sairenji, Tomoko et al. "An Update on Inflammatory Bowel Disease." *Primary care* vol. 44,4 (2017): 673-692. doi:10.1016/j.pop.2017.07.010
4. Ng, Siew C et al. "Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies." *Lancet* (London, England) vol. 390,10114 (2018): 2769-2778. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0
5. Benchimol, Eric I et al. "Rural and Urban Residence During Early Life is Associated with Risk of Inflammatory Bowel Disease: A Population-Based Inception and Birth Cohort Study." *The American journal of gastroenterology* vol. 112,9 (2017): 1412-1422. doi:10.1038/ajg.2017.208
6. Seyedian, Seyed Saeid et al. "A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease." *Journal of medicine and life* vol. 12,2 (2019): 113-122. doi:10.25122/jml-2018-0075
7. Damião, Adérson Omar Mourão Cintra et al. "Conventional therapy for moderate to severe inflammatory bowel disease: A systematic literature review." *World journal of gastroenterology* vol. 25,9 (2019): 1142-1157. doi:10.3748/wjg.v25.i9.1142
8. Jeong, Dong Yeon et al. "Induction and maintenance treatment of inflammatory bowel disease: A comprehensive review." *Autoimmunity reviews* vol. 18,5 (2019): 439-454. doi:10.1016/j.autrev.2019.03.002
9. Sica, Giuseppe S, and Livia Biancone. "Surgery for inflammatory bowel disease in the era of laparoscopy." *World journal of gastroenterology* vol. 19,16 (2013): 2445-8. doi:10.3748/wjg.v19.i16.2445

Medicinsk rutin
Process: 3.3.0 RGK Leda, styra och organisera
Område: Medicinska riktlinjer och rutiner
Giltig fr.o.m: 2020-09-16
Giltig t.o.m: 2022-09-16
Faktaägare: Robin Andersson, Sektionsledare, mag-tarmmottagningen Växjö
Fastställd av: Adam Witek, Sektionsansvarig överläkare, medicinkliniken Växjö
Revisions nr: 1
Identifierare: 194924



Akut skov av inflammatorisk tarmsjukdom - rutin för mag- tarmmottagningen

Gäller för: Medicinkliniken Växjö

Faktaägare: Robin Andersson Sektionsledare, mag-tarmmottagningen Växjö, Henrik Simán Överläkare, medicinkliniken Växjö

Rådgivning

Patient kontaktar mag-tarmmottagningen via telefon, telefonsvarare, 1177 eller på annat sätt angående misstänkt skov av inflammatorisk tarmsjukdom.

Sjuksköterska inhämtar uppgift om:

- när skovet börjat
- antalet avföringstillfällen dagen innan
- antal avföringar dag respektive nattetid
- förekomst av blod eller slem
- avföringskonsistens: vattnig-grötig-smetig-formad-hård
- trängningar, klarar inte att stå i toalett
- buksmärtor, lätta-måttliga-uttalade
- tecken på allmänpåverkan (såsom feber, sjukdomskänsla, trötthet, yrsel)

och från journal, skopianteckning och MR tunntarm:

- diagnos (ulcerös colit, Mb Crohn)
- tarminflammationens utbredning:
 - proktit, proktosigmoidit, vä-sidig kolit, extensiv kolit, totalkolit, hö-sidig kolit
 - tunntarm
 - magsäck, esofagus

Allmänpåverkad patient med 6 eller fler blodiga avföringar per dag hänvisas till akutmottagningen.

Patient med fler än 20 blodiga avföringar per dag utan allmänpåverkan hänvisas också till akutmottagningen.

Patient med måttliga eller uttalade buksmärtor diskuteras med läkare.

Patient med fler än 10 blodiga avföringar per dag eller fler än 20 oblodiga avföringar ges kortisonkur i samråd med läkare tillsammans med optimerad 5-ASA-behandling enligt nedan.

Optimerad 5-ASA behandling

Patient med upp till 10 blodiga avföringar per dag eller upp till 20 oblodiga avföringar per dag utan eller med lätta buksmärtor och som redan står på 5-ASA ges optimerad 5-ASA-behandling av sjuksköterska:

Tablett 5-ASA ökas till fulldos i 8 - 12 veckor:

- T. Asacol 400 mg 6 x 2
- T. Asacol 800 mg 3 x 2
- T. Pentasa 500 mg 4 x 2
- T. Dipentum 250 mg 3 - 4 x 3
- T. Dipentum 500 mg 2 x 2 - 3
- T. Colazid 750 mg 3 x 3

Lokalbehandling:

- patient med proktit ges S. Pentasa 1 g, gärna 2 gånger/dag men åtminstone 1 gång/dag.
- patient med proktosigmoidit, vänster-sidig kolit, extensiv eller totalkolit ges klyx Pentasa 1 g, gärna 2 gånger/dag men åtminstone 1 gång/dag.

S. Asacol 500 mg kan ges i andra hand om patient har svårt att tolerera S. Pentasa 1g.

Lokalbehandling ges i 2 - 4 veckor tills patienten är besvärsfri i 1 vecka.

Patient som får skov trots fulldos 5-ASA och klyxma diskuteras med läkare.

Provtagning

Patient ombeds lämna F-Kalprotektin och kolitstatus.

Uppföljning

Utläkning av skovet förväntas inom 4 - 6 veckor.

Patienten rekommenderas återkomma till mag- tarmmottagningen om patienten försämras, om patienten inte känner någon förbättring efter 2 veckor eller om skovet inte läker ut som förväntat. Fortsatt behandling diskuteras då med läkare.

Optimering av underhållsbehandling

Patient med fler än 2 skov per år ges läkarkontakt (telefonid eller återbesök) för optimering av underhållsbehandling (azatioprin/puri-nethol eller biologisk behandling)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare

Bilaga 2

Datum Patient-ID

--	--

Akut skov av inflammatorisk tarmsjukdom

Från journal

Diagnos	☐ Mb Crohn	☐ Ulcerös kolit
<u>Tarmsjukdomens utbredning</u> <i>(Information hämtas från skapianteckning/MR-tunntarm)</i>	☐ Proktit ☐ Proktosigmoidit ☐ Västersidig kolit ☐ Extensiv/total kolit ☐ Högersidig kolit ☐ Tunntarm ☐ Magsäck ☐ Esofagus	
Genomgången tarmkirurgi	☐ Ja ☐ Nej ☐ Tunntarmsresektion ☐ Kolektomi	
Stomi	☐ Ja ☐ Nej	

Aktuellt

Datum för debut av skov	
Antal avföringar föregående dag	
Förekomst av blod eller slem	☐ Ja, blod ☐ Ja, slem ☐ Nej
Avföringskonsistens	☐ Vattnig ☐ Grötig ☐ Smetig ☐ Formad ☐ Hård
Trängningar (klarar ej toalettkö)	☐ Ja ☐ Nej
Buksmärtor	☐ Lätta ☐ Måttliga ☐ Uttalade
Tecken på allmänpåverkan (feber, sjukdomskänsla, trötthet, yrsel)	☐ Ja ☐ Nej

Övrigt

Rökning	☐ Ja ☐ Nej ☐ Tidigare rökare Avslut:
---------	---

Handläggning

Hänvisa till akutmottagningen	☐ Allmänpåverkad patient med 6 eller fler blodiga avföringar per dag ☐ Fler än 20 blodiga avföringar per dag, även vid frånvaro av allmänpåverkan
Diskutera med läkare	☐ Måttliga eller uttalade buksmärtor ☐ Patienten har själv optimerat 5-ASA behandling utan tillräcklig effekt
Kortisonkur samt optimerad 5-ASA-behandling I samråd med läkare	☐ Fler än 10 blodiga avföringar per dag <i>ELLER</i> ☐ Fler än 20 icke-blodiga avföringar per dag <i>ELLER</i> ☐ Försämrad, utebliven förbättring eller skov som inte läkt ut
Optimerad 5-ASA ordination	☐ Ja, ordinerad av sjuksköterska

Provtagning	• F-kalprotektin • <u>Kolittstatus</u>
Uppföljning	• Förväntad utläkning efter 4-6 veckor • Rekommendera patienten att återkomma vid: 1. Försämring <i>ELLER</i> 2. Utebliven förbättring inom 2 veckor <i>ELLER</i> 3. Skov som inte läker ut som förväntat
Vid fler än två skov per år ges läkarkontakt (telefon tid eller återbesök) för optimering av underhållsbehandling.	

Optimerad ASA-behandling

Systembehandling:

Patient med upp till 10 blodiga avföringar *eller* upp till 20 icke-blodiga avföringar per dag, med lätta eller inga buksmärtor, som redan står på 5-ASA ges optimerad 5-ASA-behandling av sjuksköterska

Tablett 5-ASA ökas till fulldos i 8-12 veckor

- ☐ T Asacol 400 mg 6 x 2
- ☐ T Asacol 800 mg 3 x 2
- ☐ T Pentasa 500 mg 4 x 2
- ☐ T Dipentum 250 mg 3-4 x 3
- ☐ T Dipentum 500 mg 2 x 2-3
- ☐ T Colazid 750 mg 3 x 3

Lokalbehandling:

Behandlingstid 2-4 veckor, tills besvärsfri i 1 vecka. Vid svårighet att tolerera S Pentasa 1 g kan S Asacol 500 mg ges (andrahands-val)

Patient med proktit	☐ S Pentasa 1 g x 1-2 ☐ S Asacol 500 mg x 1-2
Proktosigmoidit, vänstersidig kolit, extensiv eller <u>total</u>kolit	☐ KI Pentasa 1 g x 1-2

Patient som får skov trots fulldos 5-ASA och klyзма diskuteras med läkare.