

Strukturerad
TELEFONRÅDGIVNING
vid
IBD



FÖRFATTARE: David Andersson, leg läkare, med Dr

PATIENTER SOM RINGER OCH HAR SYMTOM FRÅN TARMEN BÖR TILLFRÅGAS OM NEDANSTÅENDE.

En ordentlig anamnes hjälper att sålla ut de patienter som verkligen behöver komma på ett mottagningsbesök och vilka som kan avvakta.

Vissa patienter kan med fördel lämna blod- och eller avföringsprover först.

Vissa patienter kan man helt avvakta åtgärd.

Kan vara en fördel att man kommer överens med patienten om att höras 2–3 dagar senare för att se hur symtomen utvecklats. Glöm inte att ett skov i IBD ofta har en mer smygande karaktär. Oftast har vi tid på oss.

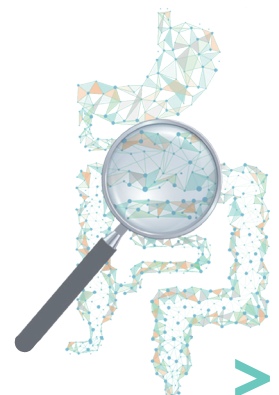
FRÅGA PATIENTEN OM:

VAR?

- > Var har patienten varit inflammerad tidigare, och vad har den maximala utbredningen?
- > Vilka symtom har patienten haft vid tidigare skov med bekräftad inflammatorisk aktivitet?
- > Har patienten samma symtom nu, eller har något förändrats?
- > Kolla utbredning – är sigmoideoskopi/koloskopi av intresse?

NÄR?

- > När fick patienten sin sjukdom?
- > När började de aktuella symtomen?
- > När hade patienten symtom av sin sjukdom senast, innan de aktuella besvären började?
- > När sattes patientens aktuella behandling in?
- > När gjordes senaste skopi/MR/annan undersökning?



HUR?

- > Hur började patientens aktuella symtom (plötsligt eller långsamt påkommande)?
- > Hur har patientens aktuella symtom utvecklats (konstanta eller tilltagande)?
- > Hur många tarmtömningar per dygn? Även nattetid?
- > Vad är det som kommer ut? Avföringens konsistens – vattentunn, vällingkonsistens, grötig konsistens, normalformad?
- > Trängningar?
- > Blod i avföringen?
Om blod – fråga också om det är vid varje tillfälle eller om inte – hur ofta?
- > Hur yttrar sig ev smärta, var sitter den och finns det samband med måltid eller tarmtömning?
- > Har patienten feber?
- > Har patienten varit utomlands?
- > Hur mår patienten rent generellt?

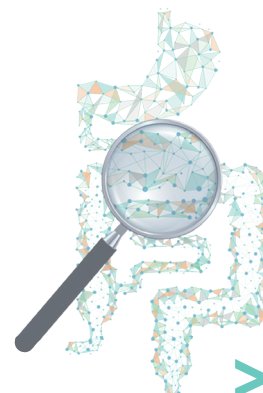


ANVÄND GÄRNA OCKSÅ TRUELOVE & WITT-VERKTYGET FÖR ATT ENKLARE KLASSA EVENTUELLT SKOV.

Värdering av kolit-skov (enligt Truelove & Witt):

	Lindrigt skov = poliklinisk behandling	Svårt skov = Inläggning
<i>Blod per rektum</i>	Obetydligt – färskt blodtingerat	Påtagligt – homogent, ev mörkt
<i>Avföringar/dygn</i>	< 4	> 6
<i>Temp</i>	Afebril	> 38°
<i>Puls</i>	Normal	> 90
Hb	Ordinärt för patienten	< 80 % av patientens ordinära
CRP	ua	> 30
Viktninskning under aktuell period	Ingen	> 3 kg
<i>Allmäntillstånd</i>	Opåverkat	Påverkat

Samtliga kriterier måste inte vara uppfyllda, de med **kursiv/fet stil** har högst dignitet.



IBD INNE HÅLL



1. Ulcerös proktit.....	sid 7
2. Ulcerös proktosigmoidit.....	sid 8
3. Ulcerös vänstersidig kolit.....	sid 8
4. Ulcerös total/extensiv kolit.....	sid 9
5. Ileocekal Crohn.....	sid 10
6. Ileocolisk Crohn.....	sid 11
7. Crohnskolit.....	sid 12
8. Tunntarmscrohn.....	sid 13
9. Tillstånd efter IBD-kirurgi.....	sid 14–15
10. Infektiösa gastroenteriter.....	sid 16
11. Läkemedelsbiverkningar.....	sid 16–17
12. Funktionella tarmbesvär vid IBD.....	sid 18



1. ULCERÖS PROKTIT

Proktit ger oftast symtom i form av frekventa, blodiga tarmtömningar samt trängningar, obehag och tyngdkänsla i rektum/anus. Det är dock viktigt att skilja på tarmtömningar och diarré. Vid en proktit är merparten av colon frisk, och kan därmed oftast forma avföringen. I typfallet vid en proktit så är själva avföringen oftast fast el t o m hård, och vid de flesta tarmtömningarna kommer endast mindre mängder blod eller slem. Många tarmtömningar behöver inte i sig vara ett allvarligt symtom. En proktit ger som regel heller inte allmänpåverkan eller påverkan på blodprover.

Om patienten har en sedan tidigare känd proktit och känner igen symtomen från tidigare skov, kan pat påbörja lokalbehandling med supp eller skum kortison eller 5-ASA, prel behandlingstid 3–4 veckor. Ofta vet pat själv vad som brukar fungera.

Telefonuppföljning om ca 2 veckor, om pat då inte blivit tydligt bättre bör hen bokas in för åb med sigmo och kolitprover inom 2 veckor.

Vid tätt recidiverande proktitbesvär bör man överväga peroral underhållsbehandling, i första hand med 5-ASA-preparat.

Vad kan gå fel?

Proktit kan progrediera till kolit, dvs att mer än bara rektum är inflammerad. Detta ska man misstänka vid:

1. *Diarré vid tarmtömning*
2. *Allmänpåverkan, påverkade blodprover (Hb, CRP, Albumin)*
3. *Terapisvikt på lokalbehandling*

Vid tecken till ovanstående bör pat kallas för åb med sigmo inom 1–2 veckor.



2. ULCERÖS PROKTOSIGMOIDIT

Proktosigmoidit innebär att mer av tjocktarmen är inflammerad, och brukar därför ge mer diarrésymtom än en ren proktit. Proktosigmoidit kan ge viss påverkan på allmän-tillstånd och lab.

Om pat sedan tidigare endast haft proktosigmoidit, och lokalbehandling med rektalsuspension/klysma tidigare har fungerat, kan detta prövas utan föregående läkarbesök om inget tyder på att pats sjukdom blivit mer utbredd.

Telefonuppföljning om ca 2 veckor, om pat då inte blivit tydligt bättre bör hen bokas in för åb med sigmo och kolitprover inom 2 veckor. Viktigt att informera om att pat hör av sig innan dess om förvärrade symtom.

Om pat tidigare inte har svarat på lokalbehandling, bör pat bokas in för åb med sigmo och kolitprover inom 1 vecka, då det i de flesta fall krävs peroral kortisonbehandling, dock börjar man oftast med lägre doser (20–30 mg Prednisolon). I samband med besöket får då läkaren bestämma om lämplig tid för nästa uppföljning.

Vad kan gå fel?

Proktosigmoidit kan progrediera till kolit, dvs att mer än bara rektum och sigmoideum är inflammerad. Detta ska man misstänka vid:

1. Mer diarré än vad pat brukar ha vid skov
2. Allmänpåverkan, påverkade blodprover (Hb, CRP, Albumin)
3. Terapisvikt på lokalbehandling eller peroral kortisonbehandling

Vid tecken till ovanstående bör pat kallas för åb med sigmo inom 1 vecka.

3. ULCERÖS VÄNSTERSIDIG KOLIT

Vänstersidig kolit innebär att även colon descendens är inflammerad, och ger oftast diarré samt påverkan på blodprover, men i de flesta fall ej svår allmänpåverkan. Om pat har skovsymtom som stämmer med vänstersidig aktivitet bör hen tas in för läkarbesök med sigmo- och kolitprover inom 1 vecka, då det behövs peroral/systemisk behandling.

Vad kan gå fel?

Vänstersidig kolit kan progrediera till extensiv/total kolit, dvs att mer än bara vänstercolon är inflammerad. Detta ska man misstänka vid:

1. Mer diarré än vad pat brukar ha vid skov
2. Allmänpåverkan, påverkade blodprover (Hb, CRP, Albumin)
3. Terapisvikt på lokalbehandling

Vid tecken till ovanstående bör pat kallas för åb med sigmo inom 1–2 veckor.



4. ULCERÖS TOTAL/EXTENSIV KOLIT

Total kolit eller pankolit innebär att hela colon är inflammerad, extensiv kolit innebär att minst delar av transversum är inflammerad, dvs att inflammationen fortsätter förbi vänster flexur. Utbredningen innebär inte per automatik att pat är svårt sjuk, då man kan ha en mild totalkolit utan speciellt mycket symtom eller allmänpåverkan. MEN om man har svårare skovsymtom med frekventa diarréer och allmänpåverkan så är det patienter med extensiv/total utbredning som löper risk för ett allvarligt förlopp, där det finns risk för att man behöver utföra akut/subakut colectomi. Om pat har skovsymtom med frekvent diarré och allmänpåverkan bör hen kallas till återbesök med sigmo och blodprover inom 1–2 dagar, då det alltid är ett potentiellt inläggningsfall.

Hur svårt skovet är baseras dels på den endoskopiska bilden samt på ett antal övriga faktorer, vanligast för att gradera dessa övriga faktorer är fortfarande Truelove & Witts index, se nedan.

Tabell 1

Svårighetsgrad av ulcerös kolit enligt modifierat Truelove & Witts index.

	MILD	MÅTTLIGT SVÅR	SVÅR
<i>Antal blodtillblandade avföringar/dag</i>	< 4	≥ 4	≥ 6 och
<i>Pulsfrekvens</i>	< 90	≤ 90	> 90 eller
<i>Temperatur</i>	< 37,5 °C	≤ 37,8 °C	> 37,8 °C eller
<i>Hemoglobin</i>	< 115 g/L	≥ 105 g/L	< 105 g/L eller
<i>SR</i>	< 20 mm	≤ 30 mm	> 30 mm eller
<i>CRP</i>	Normal	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L

OBS!

Alla pat som någon gång haft extensiv sjukdom skall ingå i surveillanceprogram efter 10 år, om ingen plan finns för detta ska man diskutera med läkare.



5. ILEOCEKAL CROHN

Med ileocekal Crohn avses oftast Crohn i terminala ileum, dvs sista delen av tunntarmen. Då tunntarmens diameter är betydligt mindre än tjocktarmens så innebär inflammatorisk svullnad av slemhinnan att det lätt kan bli trångt när tarminnehållet passerar det inflammerade området, vilket typiskt orsakar smärta i höger fossa en stund efter måltid, det man ofta kallar knipsymtom.

Ileocekal Crohn kan ge upphov till diarré (koloretisk diarré), men kan också yttra sig som förstoppning eller inte ge några avföringssymtom alls.

För att få en adekvat uppfattning om inflammationen i ileum krävs undersökningar som ofta är svåra att få till med kort varsel (coloskopi/MR/kapselendoskopi), så vid typiska symtom får man diskutera med läkare om man ska sätta in behandling, i första hand Budesonid eller Prednisolon och hur man ska undersöka och följa upp det hela.

Vid mildare sjukdom är symtomen ofta svårlästa, men om patienten har ospecifika symtom (utan allmänpåverkan) som diffust bukont utan direkt måltidskorrelation eller lite oregelbundna avföringsvanor kan man ofta börja med att ta blodprover och kalprotektin för att se om det finns objektiva tecken till inflammation. Därefter kan man följa upp patienten via telefon inom 1–2 veckor när provsvaren föreligger. Om pat har fortsatta symtom och objektiva tecken till inflammation får man då diskutera med läkare hur man går vidare.

Om patienten har strikturerande sjukdom kan detta leda till att det blir så trångt i ileum att patienten får ileus. Vid ileussytom, dvs illamående/kräkningar, uppspänd buk, upphävd gas- och faecesavgång behöver patienten läggas in akut.

Om pat har en fistulerande sjukdom kan detta ge upphov till abscesser i buken vilket oftast ger symtom i form av smärta och feber/frossa. Misstänker man detta bör patienten vanligen läggas in akut för att göra en DT, och utifrån detta ställningstagande till iv antibiotika och/eller dränage.



6. ILEOCOLISK CROHN

Ileocolisk Crohn innebär att både tunntarm och tjocktarm vid något tillfälle under patientens sjukdomshistoria varit inflammerade. Det utesluter inte heller att mer proximala delar av GI-kanalen, dvs ovanför ileum, kan vara påverkade. Alltså kan man vid aktiv ileocolisk Crohn få väldigt olika symtombild utifrån var inflammationen sitter. I många fall har sjukdomen hos den individuella patienten ungefär samma utbredning över tid, t ex ileum/högercolon el ileum/rektum, men kan också ändra lokalisering. Då man ju inte kan förvänta sig att kunna fullständigt kartlägga pats aktivitet med sigmoideoskopi behöver man oftast diskutera lämplig kartläggning och vidare handläggning med läkare. Hur snabbt det hela behöver handläggas avgörs av symtomens svårighetsgrad, allmänpåverkan, blodprover mm.

Om patienten har strikturerande sjukdom kan detta leda till att det blir så trångt i tunntarmen att patienten får ileus. Strikturer kan också uppkomma i colon, även om detta är mindre vanligt. Vid ileussyntom, dvs illamående/kräkningar, uppspänd buk, upphävd gas- och faecesavgång behöver patienten läggas in akut.

Crohn kan ge upphov till perianal fistel- och abscessbildning. Detta ska misstänkas vid perianal smärta, ömmande resistenser, feber och om det tömmer sig pus och/eller blod som inte verkar ha samband med själva tarmtömningen. Misstänker man detta bör pat bokas in för åb med sigmo och perianalundersökning inom 1–2 dagar, då detta potentiellt är akut och kan behöva åtgärdas kirurgiskt.

Fistulerande sjukdom kan också ge upphov till abscesser i buken vilket oftast ger symtom i form av smärta och feber/frossa. Misstänker man detta bör patienten vanligen läggas in akut för att göra en DT, och utifrån detta ställningstagande till iv antibiotika och/eller dränage.

Om pat har svåra kolitsymtom bör man ta in patienten för återbesök med sigmo och blodprover inom 1–2 dagar.



7. CROHNKOLIT

Crohnkolit kan engagera alla delar av tjocktarmen, och även vara diskontinuerlig. I många fall har sjukdomen hos den individuella patienten ungefär samma utbredning över tid, t ex högercolon el rektum, men kan också ändra lokalisation. Om patienten tidigare haft engagemang av vänstercolon och har symtom som överensstämmer med vänstersidig aktivitet är handläggningen initialt som vid ulcerös kolit, dvs att man kallar in pat för ett snart återbesök med sigmo och blodprover. Om pat enbart har engagemang av högercolon är symtomen ofta mer diffusa, och man får då oftast diskutera lämplig vidare handläggning med läkare.

Strikturer kan också uppkomma i colon, även om detta är mindre vanligt. Vid ileussytom, dvs illamående/kräkningar, uppspänd buk, upphävd gas- och faecesavgång behöver patienten läggas in akut.

Crohn kan ge upphov till perianal fistel- och abscessbildning. Detta ska misstänkas vid perianal smärta, ömmande resistenser, feber och om det tömmer sig pus och/eller blod som inte verkar ha samband med själva tarmtömningen. Misstänker man detta bör pat bokas in för åb med sigmo och perianalundersökning inom 1–2 dagar, då detta potentiellt är akut och kan behöva åtgärdas kirurgiskt.

Fistulerande sjukdom kan också ge upphov till abscesser i buken vilket oftast ger symtom i form av smärta och feber/frossa. Misstänker man detta bör patienten vanligen läggas in akut för att göra en DT, och utifrån detta ställningstagande till iv antibiotika och/eller dränage.

Om pat har svåra kolitsymptom bör man ta in patienten för återbesök med sigmo och blodprover inom 1–2 dagar.



8. TUNNTARMSCROHN

Med tunntarmscrohn avses ofta att patienten har en sjukdom som påverkar mer av tunntarmen än bara ileum, men begreppet kan också avse en ren ileumsjukdom, vilket kan göra det hela lite förvirrande.

Crohns sjukdom som påverkar mer av tunntarmen än bara ileum anses generellt vara en komplicerad sjukdom, då det finns hög risk för stenosering och behov av utbredd kirurgi om man inte behandlar i tid. Hos dessa patienter går man därför oftast in tidigt med biologisk behandling.

För att få en adekvat uppfattning om inflammationen i tunntarmen krävs undersökningar som ofta är svåra att få till med kort varsel (coloskopi/MR/kapselendoskopi), så vid typiska symtom får man diskutera med läkare om man ska sätta in behandling, i första hand Budesonid eller Prednisolon och hur man ska undersöka och följa upp det hela.

Vid mildare sjukdom är symtomen ofta svårlästa, men om patienten har ospecifika symtom (utan allmänpåverkan) som diffust bukont utan direkt måltidskorrelation eller lite oregelbundna avföringsvanor kan man ofta börja med att ta blodprover och kalprotektin för att se om det finns objektiva tecken till inflammation. Därefter kan man följa upp patienten via telefon inom 1–2 veckor när provsvaren föreligger. Om pat har fortsatta symtom och objektiva tecken till inflammation får man då diskutera med läkare hur man går vidare.

Om patienten har strikturerande sjukdom kan detta leda till att det blir så trångt i ileum att patienten får ileus. Vid ileussyntom, dvs illamående/kräkningar, uppspänd buk, upphävd gas- och faecesavgång behöver patienten läggas in akut.

Om pat har en fistulerande sjukdom kan detta ge upphov till abscesser i buken vilket oftast ger symtom i form av smärta och feber/frossa. Misstänker man detta bör patienten vanligen läggas in akut för att göra en DT, och utifrån detta ställningstagande till iv antibiotika och/eller dränage.



9. TILLSTÅND EFTER IBD-KIRURGI

Om patienten opererats inom de senaste veckorna och får besvär med buksmärta, feber eller allmänpåverkan, misstänk alltid postoperativa komplikationer i första hand, diskutera med läkare om pat behöver hänvisas akut.

Vad kan gå fel?

Den vanligaste operationen vid ileocekal Crohn, vilket innebär att man tar bort den sjuka delen av ileum och en bit av den första delen av cecum och kopplar ihop kvarvarande tunntarm med tjocktarm under samma operation. Detta leder i de flesta fall till att pat blir permanent mer lös i magen (då man bryter det enterohepatiska kretsloppet) än innan operationen, vilket gör tarmsymtom svårslästa.

Hos många patienter kan sjukdomen komma tillbaka i det opererade området, sk anastomosrecidiv, och vi brukar vilja göra en coloskopi alt MR inom 6 mån efter operationen för att kontrollera ev recidiv. Om patienten har tilltagande diarréer eller knipsymtom behöver man i första hand utesluta anastomosrecidiv, och man bör då diskutera med läkare hur detta bäst sker, och om man ska sätta in någon behandling i väntan på undersökning.

IRA (Ileorektal anastomos)

I nuläget den vanligaste operationen vid terapieresistent ulcerös kolit. Vanligen görs en coektomi, och pat får en ileostomi, men man låter ett par dm av rektum/sigmoideum vara kvar blint förslutet, och man kan därefter vanligen efter ca 3–6 månader göra en sammankoppling av ileum och rektum om inflammationen i rektum har lagt sig. Då tjocktarmens funktion är att resorbera vätska och forma avföringen leder även detta vanligen till ett permanent diarrétillstånd, som ofta behöver symptomatisk behandling. Vid skov i den kvarvarande stumpen brukar pat oftast få ökade tarmtömningar jämfört med normalt, och ofta också blodtillblandade. Om pat har lättare symptom som hen känner igen sedan tidigare och brukar svara på lokalbehandling kan man påbörja lokalbehandling med supp eller skum kortison eller 5-ASA, prel behandlingstid 3–4 veckor. Ofta vet pat själv vad som brukar fungera.

Telefonuppföljning om ca 2 veckor, om pat då inte blivit tydligt bättre bör hen bokas in för åb med sigmo och kolitprover inom 2 veckor.

Vid osäkerhet eller svårare symptom bör man ta in pat för snart återbesök med sigmo- och kolitprover.

OBS! Då pat blivit av med största delen av sin tjocktarm är pat också känsligare för dehydrering framförallt i samband med gastroenteriter, och kan lätt utveckla njursvikt. Om pat har misstänkt gastroenterit eller andra tillstånd som kan ge upphov till dehydrering bör man därför alltid kontrollera elstatus alt be pat söka akut vid allmänpåverkan, då man ofta behöver läggas in för iv vätska.

OBS 2! Då pat har kvar en del av sin tjocktarm skall pat också ingå i surveillanceprogram, vanligen med årliga skopier av stumpen.



Bäckenreservoar/IPAA (Ileal pouch-anal anastomos)

Den vanligaste rekonstruktiva kirurgin vid terapiresistent ulcerös kolit. Vanligen görs en kolektomi, och pat får en ileostomi. Därefter tar man bort all kvarvarande tjocktarm, och skapar en reservoar av slutet på tunntarmen, som sammankopplas med analkanalen. Tanken med detta är att tunntarmsreservoaren ska kunna ta över en del av tjocktarmens funktion, och att pat ska få mer formad avföring och färre tömningar. Då tjocktarmen är borttagen behöver man som regel inte genomgå surveillanceskopier.

Man kan dock få inflammation i reservoaren, s k pouchit, vilket vanligen behandlas med antibiotika, t ex Ciprofloxacin/Flagyl i 10–14 dagar, ibland längre. Om pat känner igen sina symtom kan man oftast påbörja behandling utan föregående undersökning, diskutera med läkare.

OBS! Då pat blivit av med sin tjocktarm är pat också känsligare för dehydrering framförallt i samband med gastroenteriter, och kan lätt utveckla njursvikt. Om pat har misstänkt gastroenterit eller andra tillstånd som kan ge upphov till dehydrering bör man därför alltid kontrollera elstatus alt be pat söka akut vid allmänpåverkan, då man ofta behöver läggas in för iv vätska.

Stomier

Hos patienter med permanenta eller tillfälligt upplagda stomier som får förvärrade tarm-symtom får man värdera det hela utifrån patientens grundsjukdom och hur mycket tarm patienten har kvar. Om pat har tecken till gastroenterit bör man även här kontrollera elstatus alt be pat söka akut vid allmänpåverkan, då man ofta behöver läggas in för iv vätska. Misstänker man recidiv av grundsjukdomen får man diskutera med läkare kring skopi eller annan utredning av detta. Har man en kvarvarande rektalstump kan man få inflammation i denna som kan behöva behandling, lämpligen diskutera med läkare om undersökning behövs innan. Vid besvär med själva stomin, som hudirritation, läckage mm, hänvisa till stomiterapeut.



10. INFEKTIÖSA GASTROENTERITER

Om en IBD-patient akut, vanligen inom loppet av ett dygn, utvecklar diarré, misstänk alltid i första hand infektiös gastroenterit. Snabbt påkommen feber och kräkningar styrker misstanken ytterligare. Många infektiösa gastroenteriter är självläkande, men det är bra att be pat att lämna avföringsodlingar (allmän + Clostridietest). Om pat är allmänpåverkad eller löper öker ökad risk att utveckla dehydrering efter tidigare tarmkirurgi (IRA/IPAA), kolla elstatus och ev hänvisa akut.

Vid en infektiös gastroenterit tillför inte skopier eller DT något, då ju även infektioner ger en kolitbild. Även Kalprotektin stiger vid infektioner.

Man bör dock informera pat om att infektiösa gastroenteriter kan trigga igång skov, och boka in en klinisk kontroll inom 1–2 veckor för att se att det hela förbättras som förväntat, och då har man vanligen också odlingssvar. Om pat inte är återställd, diskutera med läkare kring vidare åtgärder/undersökningar.

11. LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR

De allra flesta läkemedelsbiverkningar uppstår i nära anslutning till att pat blivit insatt på ett läkemedel, alternativt att man ökat doseringen av läkemedlet. Biologiska läkemedel kan dock ge upphov till biverkningar även senare i förloppet.

5-ASA

5-ASA-preparat ger sällan svåra biverkningar, men om det inträffar sker det vanligen tidigt efter insättningen. Den vanligaste allvarigare biverkan är njurpåverkan, och helst bör man kontrollera elstatus inom 3–4 veckor efter nyinsättning av perorala 5-ASA-preparat.

Thiopuriner

Thiopurinbiverkningar uppstår också vanligen inom den första månaden efter insättning, dvs under upptrappningen. Lever- och benmärgspåverkan pga thiopuriner är reversibel, och vanligen räcker det med att sätta ut eller dossänka läkemedlet efter diskussion med läkare. Den allvarigaste akuta biverkan är pankreatit, vilket man alltid ska misstänka vid svåra övre buksmärtor och illamående den första månaden efter insättningen. Diskutera med läkare om pat behöver hänvisas akut.



Kortison

Peroral eller systemisk behandling med kortison, framförallt Prednisolon och Betapred, ger ofta upphov till kortsiktiga biverkningar i form av bl a sömnsvårigheter, hjärtklappning, tremor, humörpåverkan, ångest/depression, vätskeretention, viktuppgång och olika former av hudbesvär. Då kortisonbehandlingen i de allra flesta fall pågår under en begränsad tid så försvinner även biverkningarna i takt med nedtrappningen, även om viktuppgången kan vara mer bestående. Man kan behandla oro och sömnsvårigheter symtomatiskt under behandlingen, och om patienten är diabetiker kan diabetesbehandlingen behöva justeras.

Preparat som innehåller budesonid (Entocort, Cortiment) är mer tarmspecifika, men vissa patienter kan reagera med systemiska kortisonbiverkningar även på dessa.

Biologiska läkemedel

Biologiska läkemedel, framförallt TNF-hämmare, kan ge upphov till biverkningar från i stort sett alla organsystem, och kan i vissa fall även uppträda efter att pat stått på behandlingen en längre tid. Då de patienter som står på biologisk behandling också oftast har en mer svårbehandlad IBD, så behöver man som regel diskutera med läkare kring hur man ska hantera misstänkta biverkningar.

Immunosuppression

Både systemisk kortisonbehandling, thiopuriner och biologisk behandling kan medföra nedsättning av immunförsvaret, och risken för allvarliga infektioner ökar om man står på dubbel och framförallt trippelbehandling. Även ålder och övriga sjukdomar bidrar. Om patienter med dessa behandlingar får svåra infektionssymtom med hög feber, frossa och allmänpåverkan bör detta oftast utredas akut och diskuteras med läkare. Lättare tillstånd som ÖLI och UVI behöver inte behandlas på något annat sätt än som hos vem som helst, dock behöver vissa tillstånd som t ex herpes ofta behandlas mer aggressivt hos dessa patienter.



12. FUNKTIONELLA TARBESVÄR VID IBD

Många IBD-patienter kan ha tarmsymtom även när deras IBD är i remission, vilket ju dock inte alltid är så lätt att vara säker på, särskilt inte hos patienter med relativt nyupptäckt sjukdom. Om pat har lätta eller mer diffusa symptom kan man börja med att kontrollera Kalprotektin och kolitprover, om dessa är helt normala kan man vara relativt säker på det inte är någon allvarlig aktivitet i patientens IBD. Om patienten har kvarstående symtom och inte är tarmmässigt kartlagd nyligen bör man dock diskutera med läkare om det bör utredas vidare.

Vissa patienter kan ha svåra funktionella tarmbesvär trots att deras IBD är i remission, och kan behöva behandling även för dessa, vilket då bör diskuteras med läkare. ■





Detta IBD-material är framtaget
i samarbete med Ferring läkemedel.

