



Lathund vid nydebuterad IBD

Detta dokument syftar till att underlätta och strukturera den inledande handläggningen vid misstänkt nydebuterad IBD, framför allt för kollegor som sällan stöter på dessa fall och där mer erfaren hjälp inte finns omedelbart tillgänglig. Till exempel under semestertider på en mindre mottagning eller klinik där barn gastroenterologin hanteras av endast en eller ett fåtal personer.

Är det en allvarlig kolit?

Tecken på akut svår kolit innefattar blodiga diarréer, buksmärta, bukstatus, feber och/eller allmänpåverkan. Använd skattningsskalan [PUCAI](#). Sammanlagd poäng ≥ 65 är per definition ett svårt skov, men även patienter med något lägre poäng kan vara allvarligt sjuka; kliniskt omdöme är viktigt. Patienter med akut svår kolit är inläggningsfall och bör handläggas i samråd med specialist i pediatrik/bakjour. För utförligare råd om handläggning av barn och ungdomar med akut svår kolit se särskilt kapitel i det nationella [vårdprogrammet](#)

Är det IBD?

Allmänt kan sägas att ett mer abrupt insjuknande med hög feber och andra associerade magtarmsymptom som illamående och kräkningar talar för infektiös genes.

Anamnes

- Sjukhistoria: Exposition för tarminfektioner (utlandsresa)? Födoämnesutlösta symptom? Läkemedelsassocierade besvär (NSAID och antibiotika)? Sjukdomsduration (> 6 veckor stärker misstanken om IBD)? Tidigare episoder med tarmbesvär?
- Hereditet: Finns IBD eller autoimmun sjukdom i släkten?
- Avföringsmönster: Antal? Nattliga avföringar? Konsistens? Blodtillblandning?
- Buksmärta: Lokalisation? Duration? Intensitet? Koppling till tarmtömning? Koppling till måltid?
- Perianala besvär: Smärta? Flytningar?
- Allmäntillstånd: Trötthet? Nedsatt aptit? Påverkar skolgång/fritidsaktiviteter?
- Extraintestinala manifestationer*: Hud-, ögon- eller led-besvär?
- [Vaccinationer](#)

Status

- Allmäntillstånd
- Tillväxt
- Pubertetsutveckling
- Munhåla*
- Hjärta: Takykardi kan indikera hög sjukdomsaktivitet eller anemi.
- Buk: Ömhet? Organförstoring? Resistenser?
- Perianalt: Hudflikar? Fissurer? Fistlar? Abscesser?
- Extraintestinala manifestationer*: Hud-, ögon- och ledstatus.

*) Se [vårdprogrammet](#).

Provtagning

- B-status m. diff, ASAT, ALAT, GT, ALP, bilirubin, albumin, PK, SR, CRP, amylas, transglutaminas-ak, TSH, ferritin, krea, Na, K.
- U-sticka.
- F-Kalprotektin.
- EHEC vid blodiga diarréer.
- Fecesprov för att utesluta parasiter, patogena bakterier (Salmonella, Shigella, Cryptosporidium, Campylobakter, Yersinia) och toxinbildande Clostridium difficile (om patienten har diarré).
- Vid fistlar, abscesser, strikturer, påtaglig tillväxtrubning eller svår sjukdomsaktivitet komplettera med [TPMT-utredning](#), lungröntgen och test för tuberkulos. Komplettera även med varicella zoster IgG om patienten inte haft vattkoppor eller är osäker.

Skopier

Förslag på frågeställningar och formuleringar:

Gastroskopi:

”Tecken på IBD eller infektiös genes? Biopsier bör tas standardmässigt även om slemhinnan ser normal ut makroskopiskt. Biopsiera även oretad slemhinna vid fläckvis inflammation. Fyra biopsier tas från mellersta/distala duodenum och två från bulb, antrum, korpus och esofagus samt från misstänkt patologiska förändringar. Obligatorisk fotografering från samtliga undersökta segment.”

Koloskopi:

”Tecken på IBD eller infektiös kolit? Biopsier bör tas standardmässigt även om slemhinnan ser normal ut makroskopiskt. Biopsiera även oretad slemhinna vid fläckvis inflammation. Två biopsier minimum tas som rutin från ileum, caecum, ascendens, höger flexur, transversum, vänster flexur, descendens, sigmoideum och rektum samt från misstänkt patologiska förändringar. Obligatorisk fotografering från samtliga undersökta segment.”

Radiologi

Även resten av tunntarmen bör undersökas (undantaget vid uppenbar ulcerös kolit). Skriv remiss för MR tunntarm. Ultraljudsundersökning av tarmen och kapselendoskopi kan övervägas om det finns lokal kompetens. Finns tecken till perianalt engagemang (ex. stora skinnflikar, fissurer, fistlar, abscesser) beställs också MR bäcken med fistelprogram. De båda undersökningarna görs inte alltid samtidigt.

Vilken typ av IBD är det?

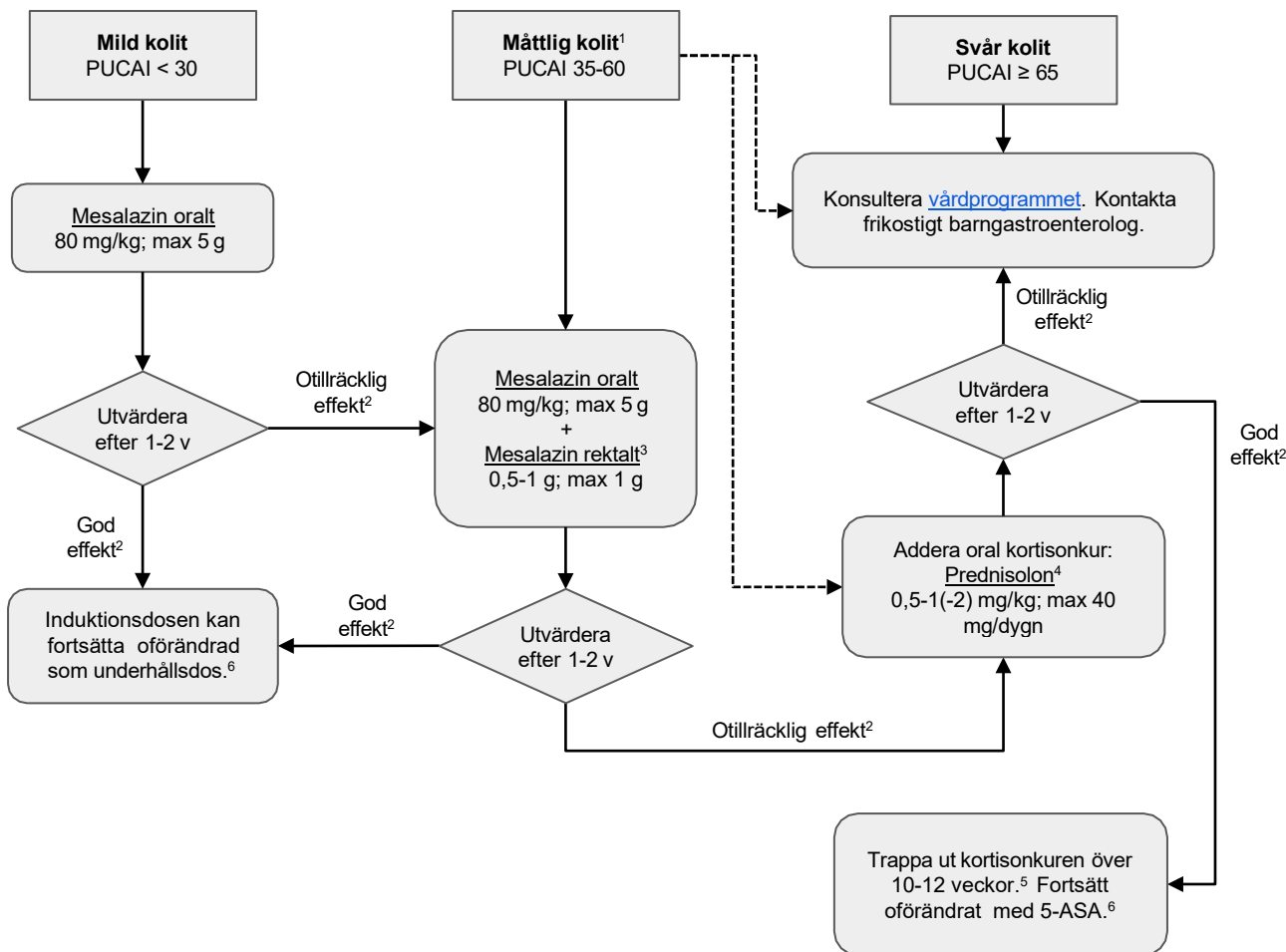
I detta första stadium är det mest ändamålsenligt att identifiera eventuella tecken på Crohns sjukdom: kliniskt ses perianalt engagemang med fistlar, abscesser, fissurer eller stora inflammerade skinnflikar. Radiologiskt och histopatologiskt kan ses tunntarmsengagemang och granulom. När all data samlats in (anamnes, klinik, skopier, radiologi) används med fördel [IBD classes](#) för att tydligare definiera vilken subklass av IBD det rör sig om, se [vårdprogrammet](#) (det finns appar till både [iOS](#) och [Android](#)).

Vilken behandling ska jag börja med?

Notera att behandlingen har två faser: remissionsinducerande och remissionsbevarande, med delvis olika läkemedel.

Remissionsinduktion vid ulcerös kolit

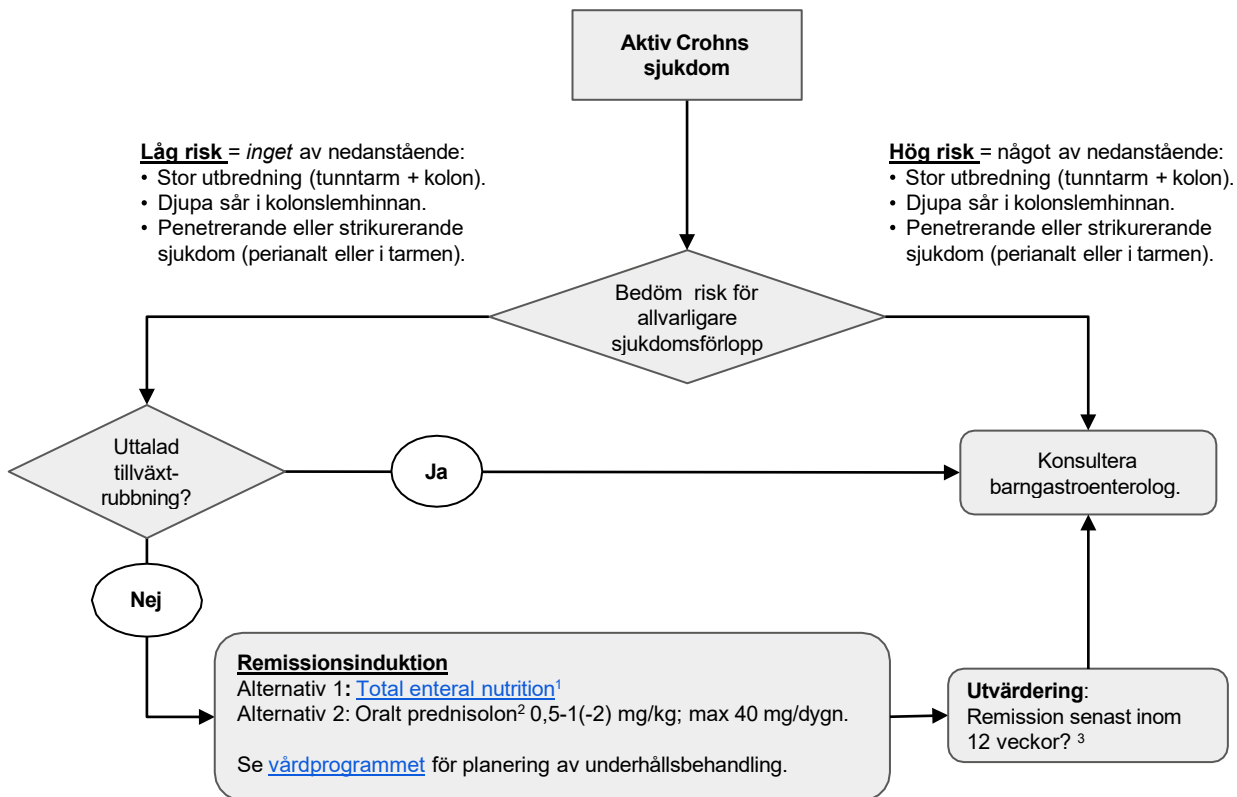
Vid ulcerös kolit kan remissionsinducerande behandling ofta inledas med [5-ASA](#) i singelterapi. Det föreligger inga viktiga skillnader i effekt mellan olika typer av 5-ASA-preparat. Doserna i algoritmen avser [mesalazin](#) – notera att [sulfasalazin](#) doseras aningen annorlunda. [PUCAI](#) rekommenderas för att utvärdera effekten.



- 1) OBS! Graden av klinisk påverkan kan variera betydligt inom detta intervall. Tillägg av kortison kan behövas från start. Kliniskt omdöme är viktigt.
- 2) God effekt = [PUCAI](#) reducerat minst 20 poäng. Även [PGA](#) kan användas för utvärdering.
- 3) Kombinationen oralt och rektalt 5-ASA kan vara kraftfull, men alla barn tolererar inte rektal behandling. Addera i dessa fall istället en kortisonkur vid otillräcklig effekt av oralt 5-ASA i singelterapi. Rektalt 5-ASA är överlägset rektalt kortison och kan vara tillräckligt som singelterapi vid proktit.
- 4) Exempel på ordination: "Daglig dos (mg) att ta varje morgon med veckovis dosjustering: 40, 40, 40, 35, 30, 25, 20, 15, 10, 5."
- 5) Steroidberoende inflammation definieras som initialt svar på kortison men återkomst av symtom när dosen sänks, om kuren inte kan avslutas inom tre månader eller vid nytt skov inom tre månader efter avslutad kortisonbehandling. Konsultera i dessa fall barn gastroenterolog.
- 6) Eventuell rektal behandling kan på prov trappas ut när inflammationen är i stabil remission.

Remissionsinduktion vid Crohns sjukdom

Den initiala handläggningen vid Crohns sjukdom skiljer sig från den vid ulcerös kolit i några avseenden: dels finns nutritionsbehandling med så kallad [total enteral nutrition](#) som ett mycket värdefullt behandlingsalternativ till prednisolon, dels är riskbedömningen av större betydelse för avvägningen om man bör välja en *top-down*- eller *step-up*-strategi.



1) I samråd med dietist. Total enteral nutrition har stora fördelar och är förstahandsalternativ för induktion.

2) Exempel på ordination: "Daglig dos (mg) att ta varje morgon med veckovis dosjustering: 40, 40, 40, 35, 30, 25, 20, 15, 10, 5."

3) Använd F-kalprotektin samt [PGA](#) och/eller [shPCDAI](#). Steroidberoende inflammation definieras som initialt svar på kortison men återkomst av symtom när dosen sänks, om kuren inte kan avslutas inom tre månader eller vid nytt skov inom tre månader efter avslutad kortisonbehandling. Konsultera i dessa fall barn gastroenterolog.

Anemi och järnbrist

Järnbrist med eller utan anemi är vanligt och relativt enkelt att behandla. Per oralt järn bör inte användas vid aktiv sjukdom (men kan övervägas då patienterna är försatta i stabil remission). Beräkna järnbehovet från [Ganzonis formel](#). Se *Anemi och järnbrist* i [vårdprogrammet](#).