

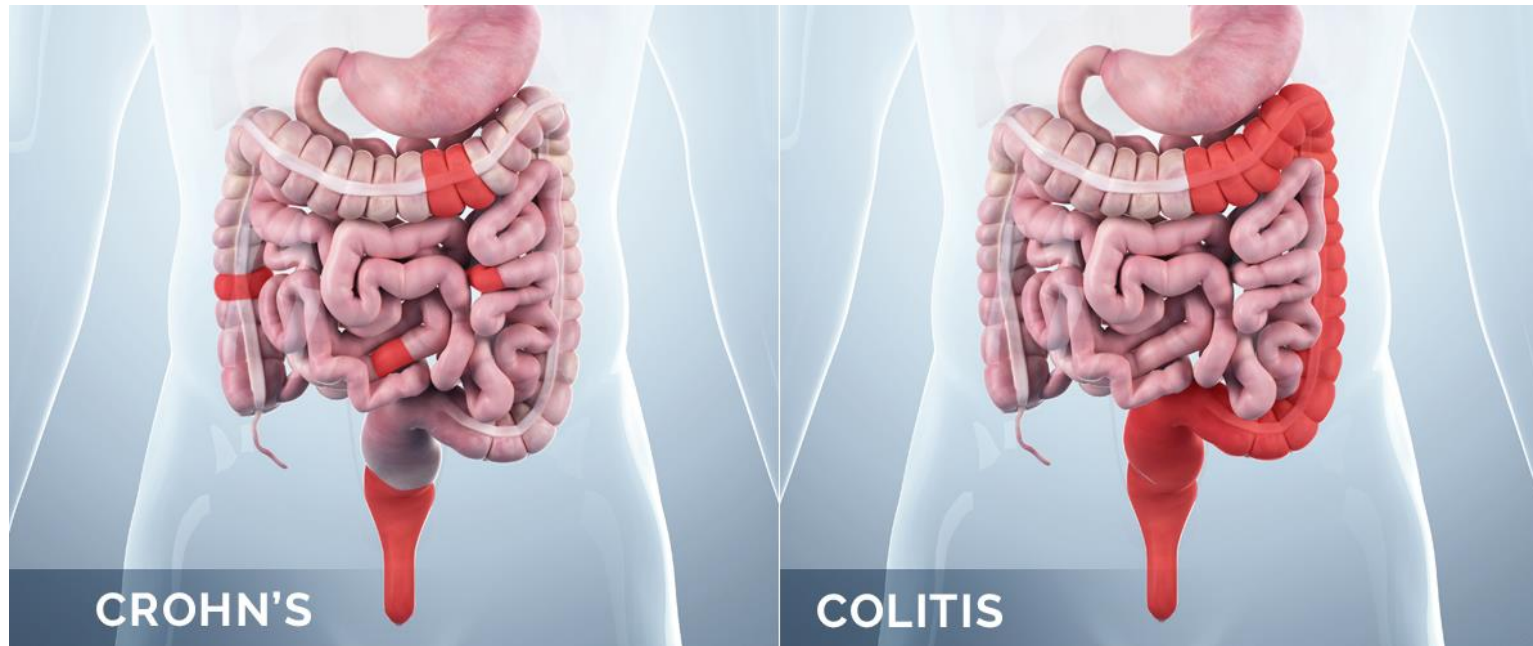
Kurs for pasienter – LMS 2025

Inflammatorisk tarmsykdom

Seksjonsoverlege Stine Astrup Hvattum



Crohns sykdom og Ulcerøs kolitt



www.healthmatters.nyp.org

Symptomer ved IBD



www.shutterstock.com

- Diare
- Blod i avføringen
- Magesmerter
- Vekttap
- Fatigue
- Ekstraintestinale manifestasjoner

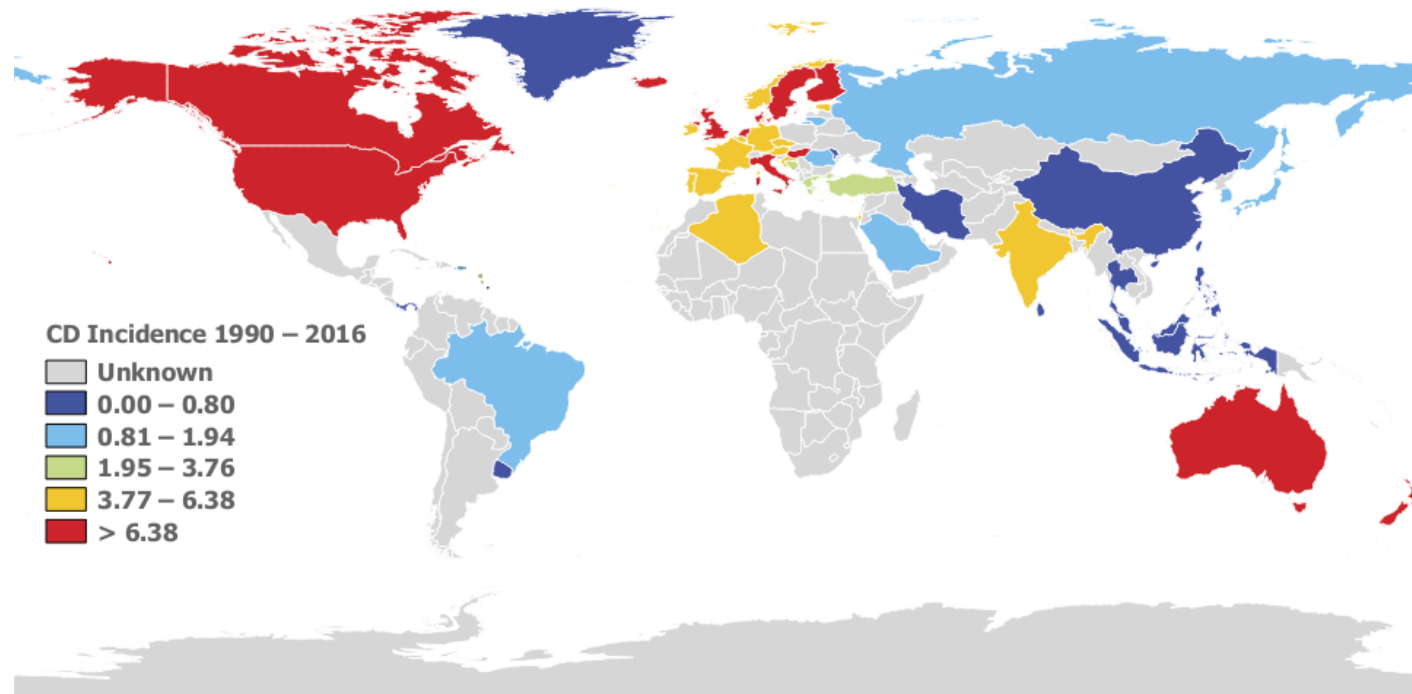
Loftus EV, Gastroenterology 2004

Ponder A, Clin Epidemiol 2013

Bernstein CN, Gut 2012

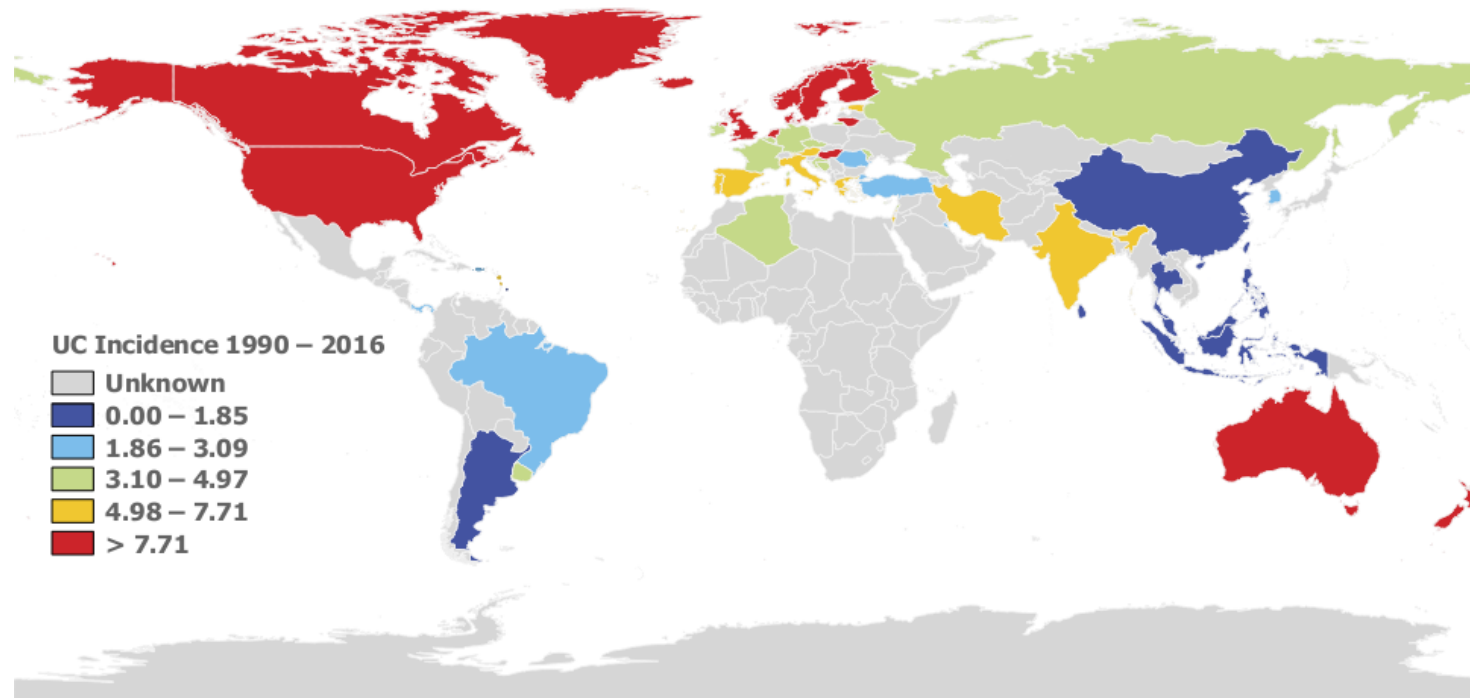
Jelsness-Jørgensen LP, Inflamm Bowel Dis 2011

Crohns sykdom – forekomst



Kaplan GG, J Can Assoc Gastroenterol 2019

Ulcerøs kolitt – forekomst



Kaplan GG, J Can Assoc Gastroenterol 2019

Hvor vanlig er IBD i Norge

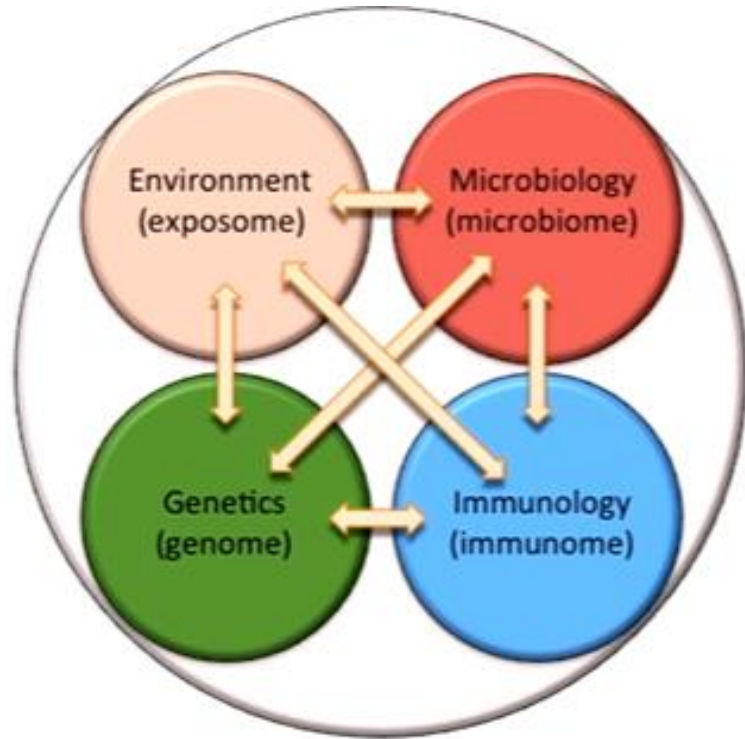
- Insidens CD
 - 6.5/100.000 per år (1991-1993)
 - 14.1-16.0/100.000 per år (2010-2017)
- Insidens UC
 - 13/100.000 per år for UC (1991-1993)
 - 24.7-28.4/100.000 per år (2010-2017)
- Prevalens estimerer
 - CD: 0.27 %
 - UC: 0.50 %

Omtrent 1 % av befolkningen



Moum B. Scand J Gastroenterol 1996
Lirhus SS. Clin Epidemiol 2021

Hva skyldes inflammatorisk tarmsykdom



- Dysregulert **immunrespons** mot **mikrobiota** i tarmen
- **Genetisk** sårbarhet
- Utløsende **miljøfaktorer**

Loftus EV, Gastroenterology 2004

Ng SC, Gut 2013

Ananthakrishnan AN, Nat Rev Gastro Hepatol 2018

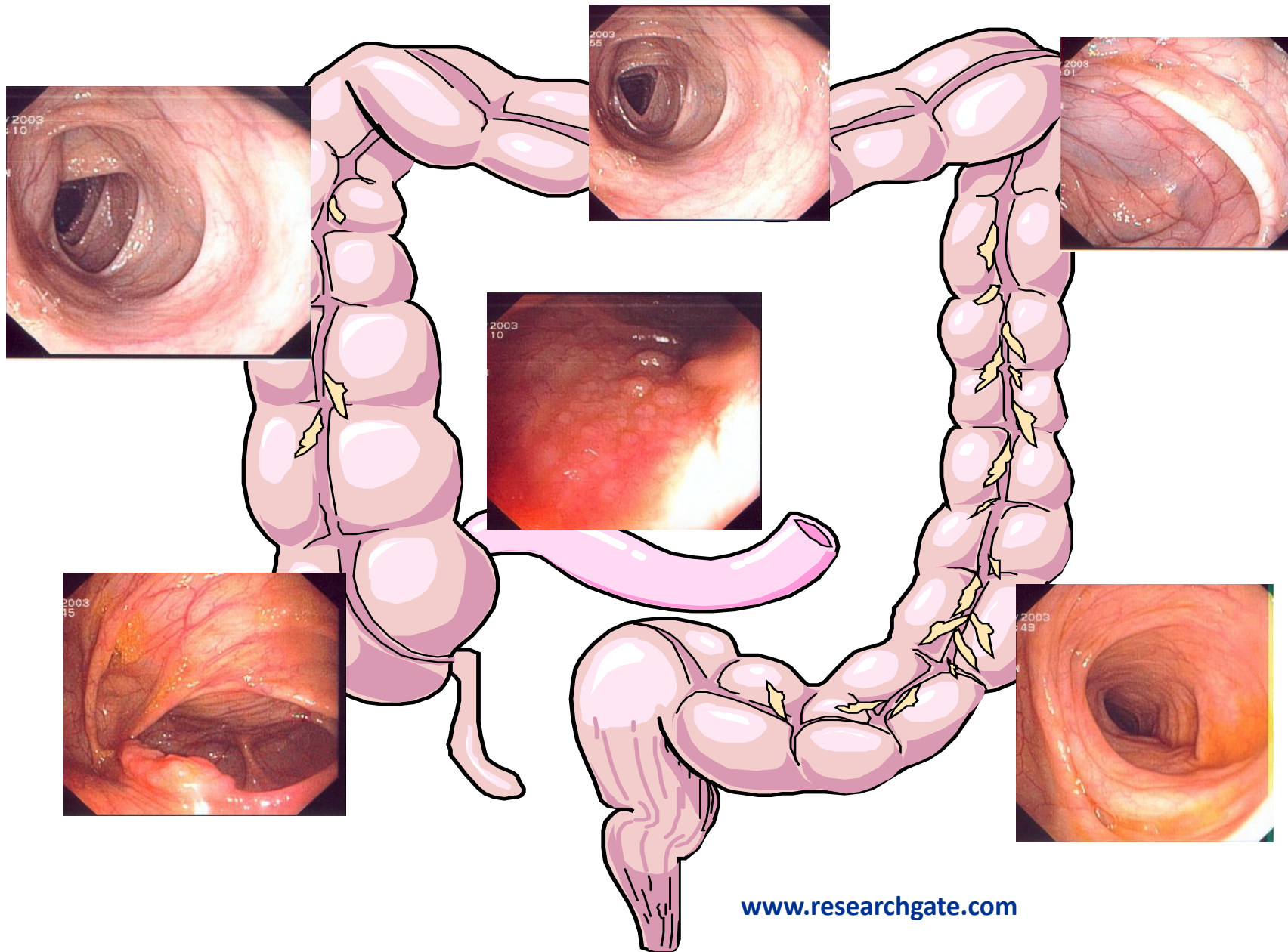
Vurdering av sykdomsaktivitet

- Crohns Disease Activity Index (CDAI)
- Harvey–Bradshaw Index (HBI)
- Simple Clinical Colitis Activity Indeks (SCCAI) eller Mayo
- CRP
- Fekaltest (kalprotektin)
- Endoskopi (Mayo endoskopisk subscore eller CDEIS)
- MR tynntarm og bekken (fistler)
- CT abdomen ved komplikasjoner

Harvey Bradshaw indeks

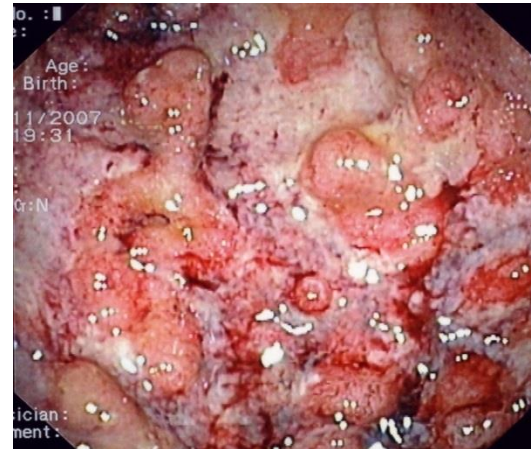
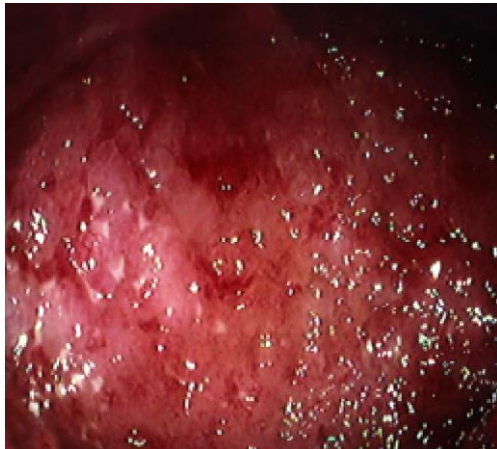
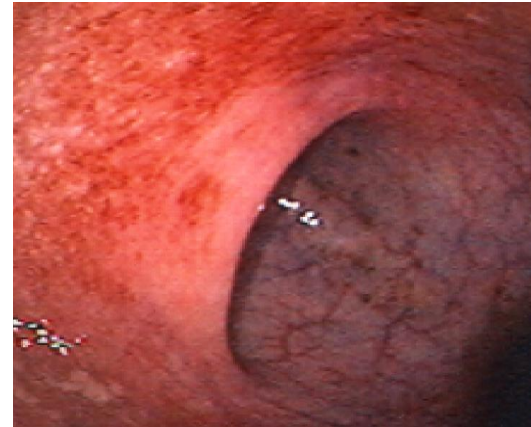
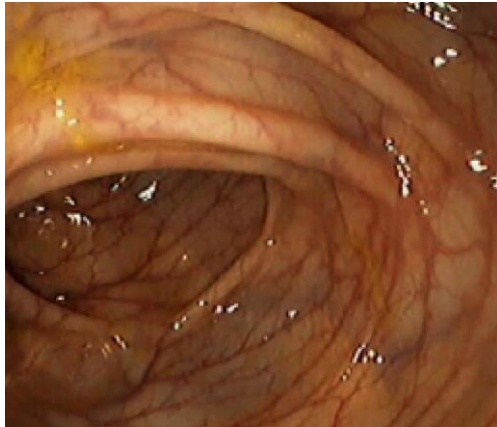
Parameter	Score
A. General well-being (0 = very well, 1 = slightly below par, 2 = poor, 3 = very poor, 4 = terrible)	
B. Abdominal pain (0 = none, 1 = mild, 2 = moderate, 3 = severe)	
C. Number of liquid stools per day	
D. Abdominal mass (0 = none, 1 = dubious, 2 = definite, 3 = definite tender)	
E. Complications (score 1 per item)	
Arthralgia Uveitis Erythema nodosum Aphthous ulcers Pyoderma gangrenosum Anal fissure New fistula Abscess	
TOTAL HARVEY-BRADSHAW SCORE =	

Harvey RF, Bradshaw JM. Lancet 1980



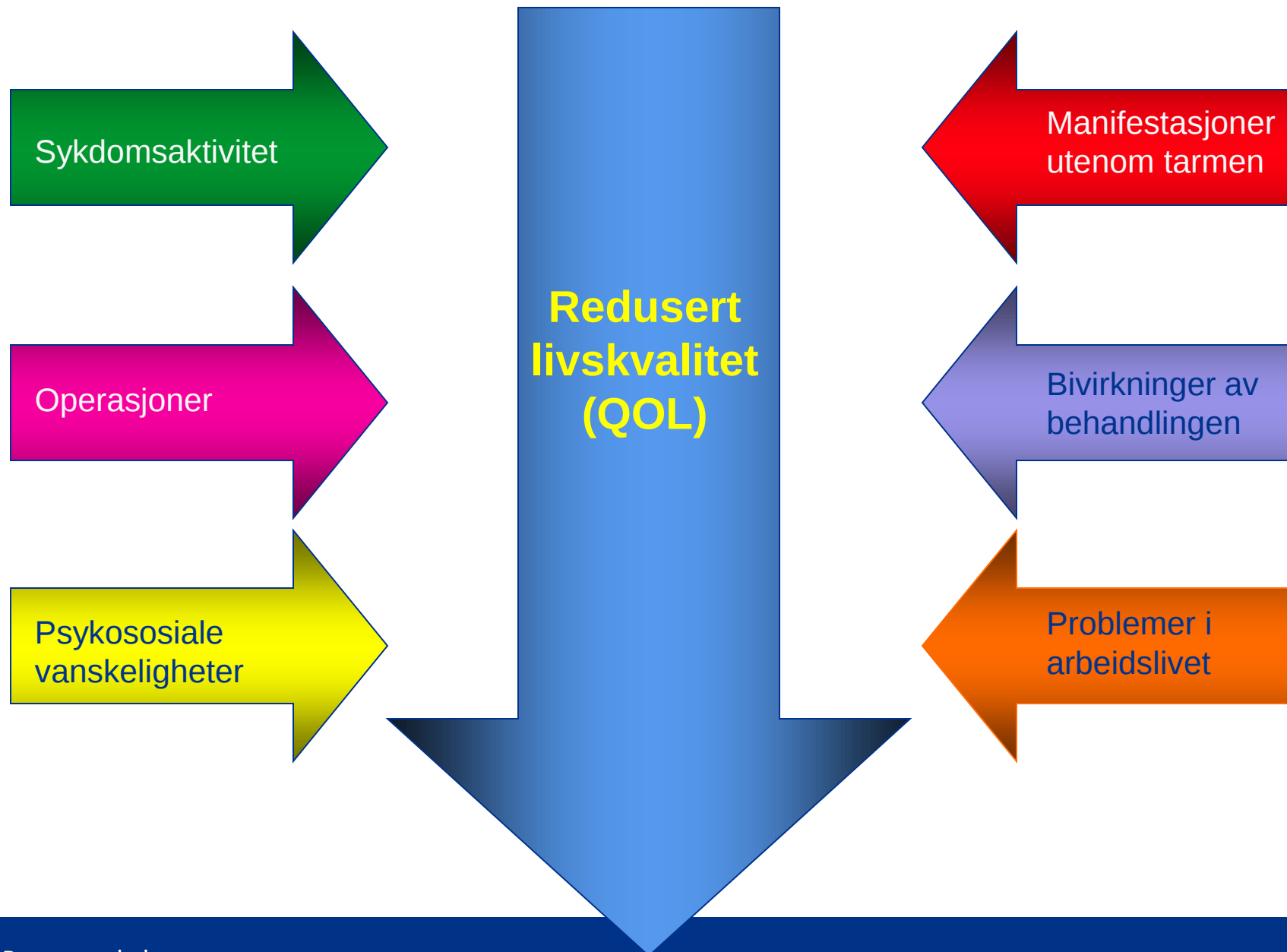
www.researchgate.com

Endoskopisk aktivitet



Mayo Skår

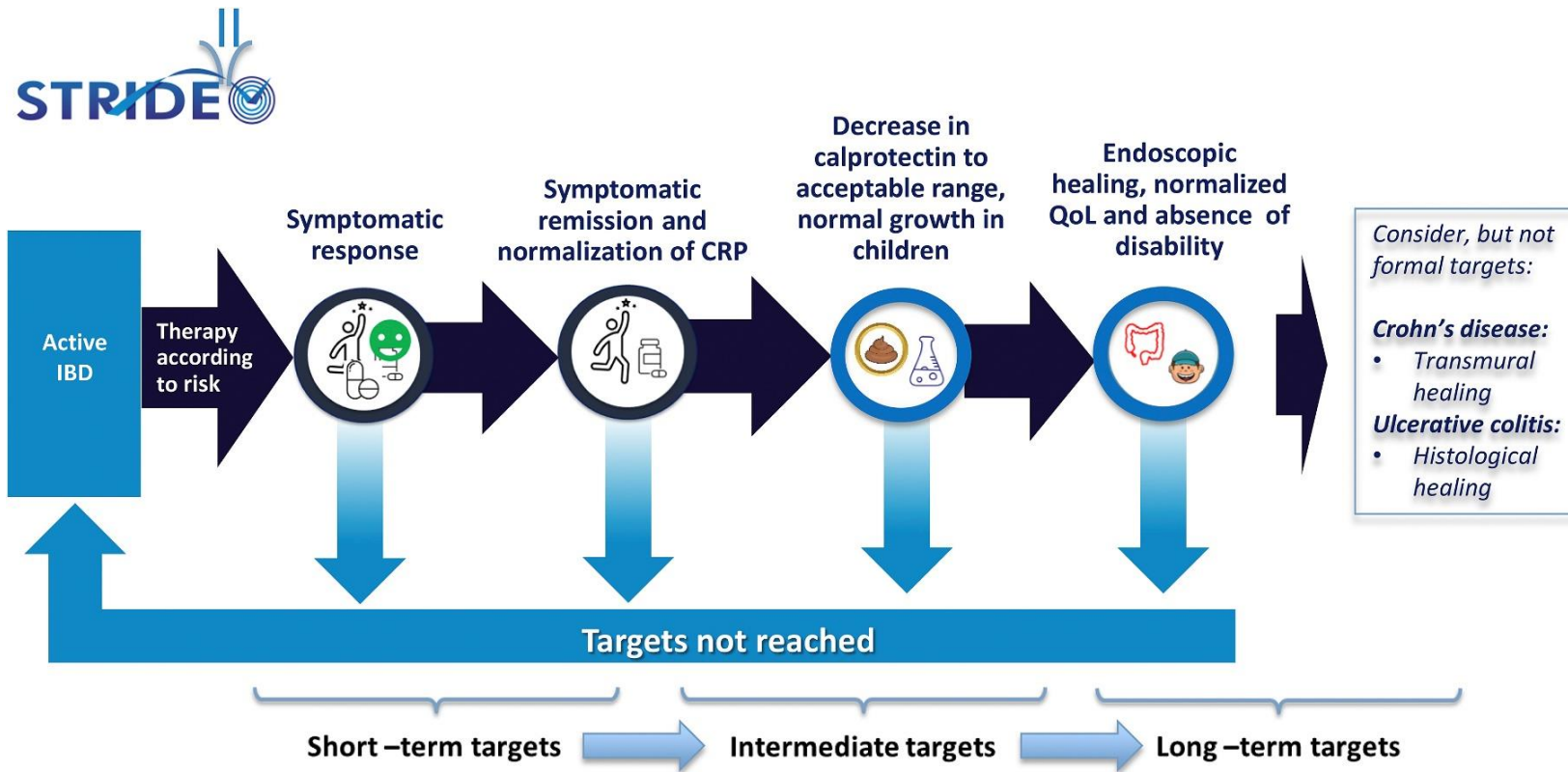
Schroeder KW, 1987



Behandlingsmål

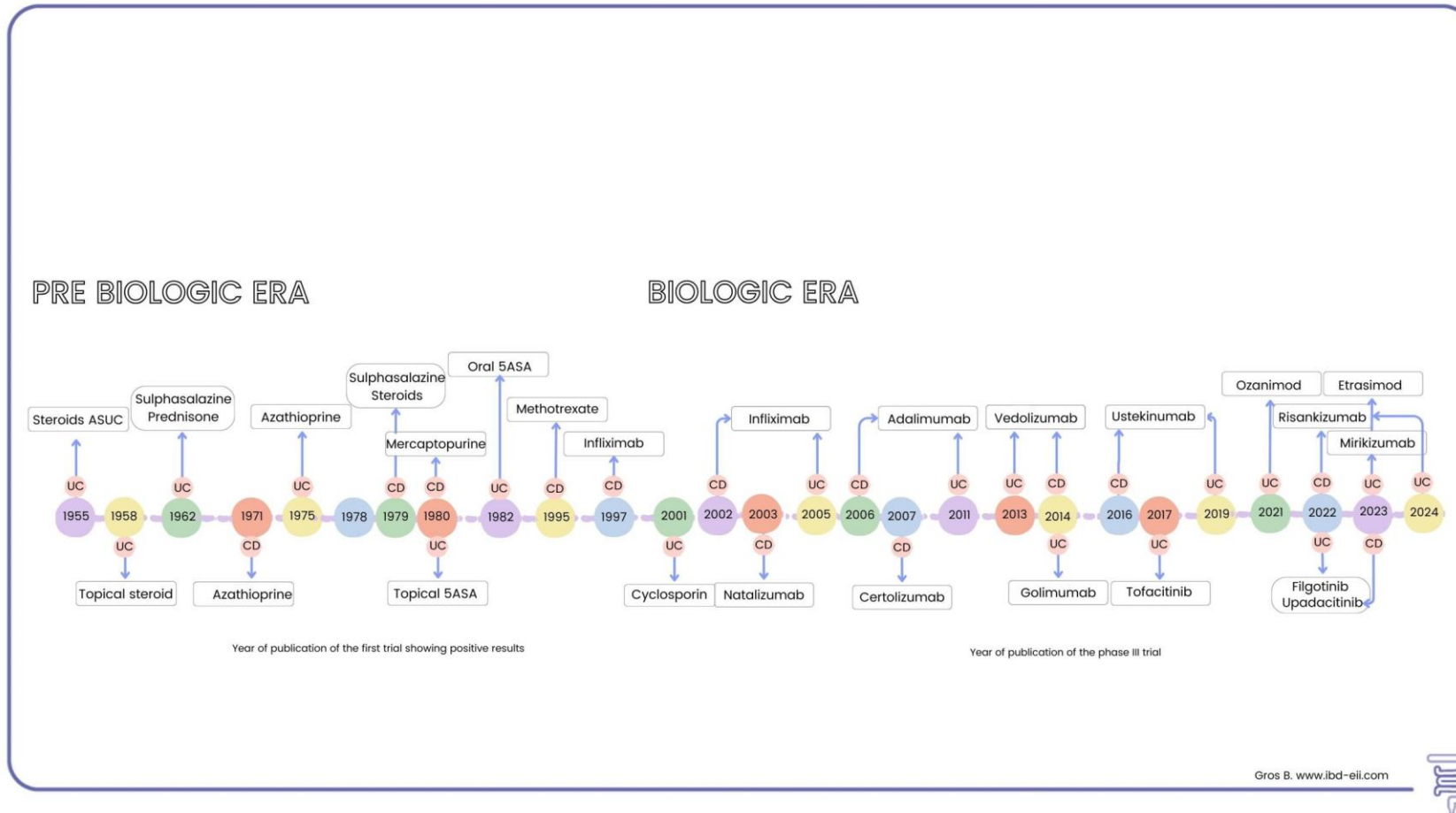
- Symptom kontroll
- Tilheling av tarmslimhinnen
- Bedre livskvalitet
- Forebygge komplikasjoner
- Redusere antall innleggelser og kirurgi
- Akseptabel sikkerhetsprofil

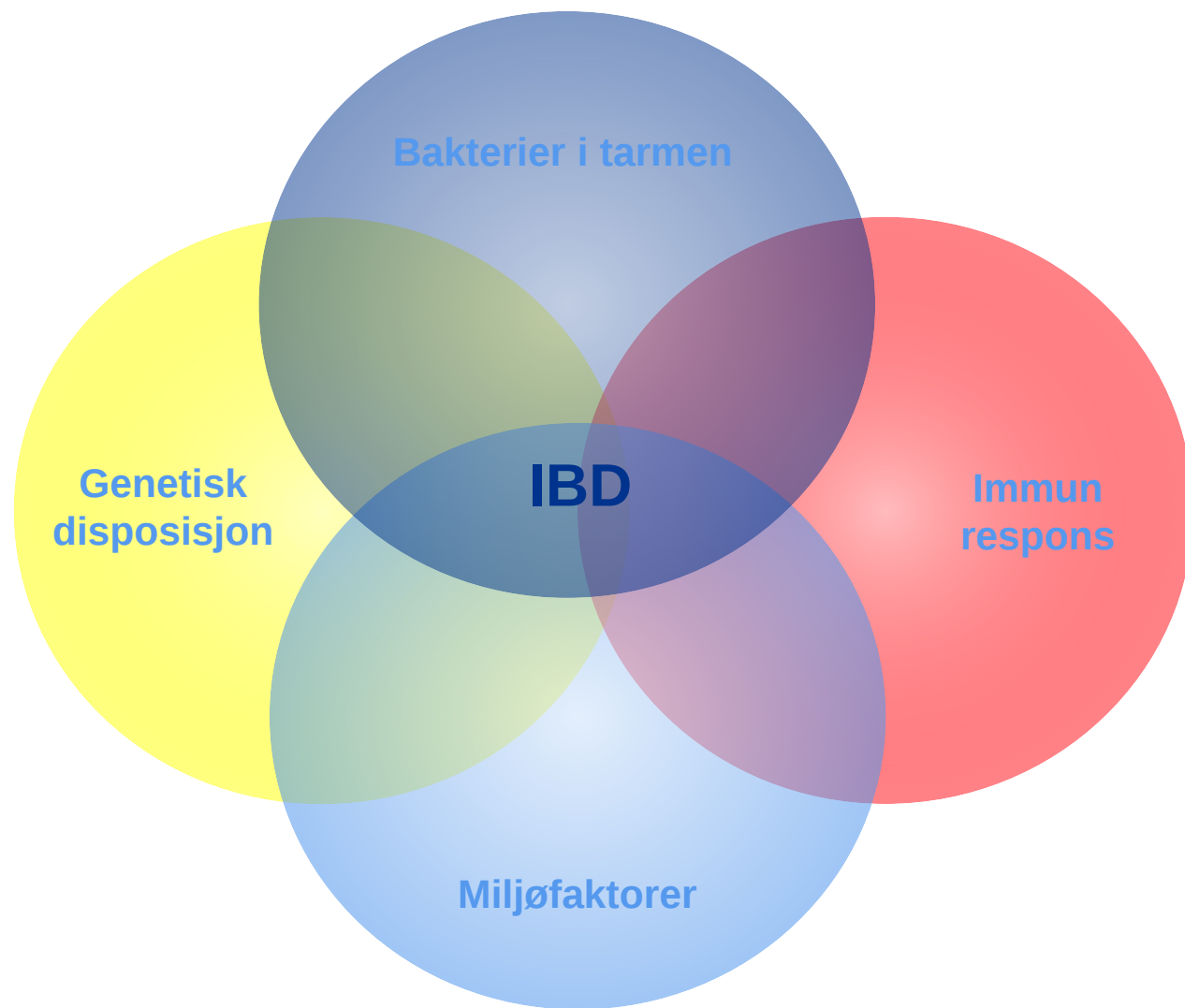
Hva styrer vi behandlingen etter



Turner D et.al. Gastroenterology 2021

Medisinsk behandling ved IBD





**Moderne behandling rettes
mot immunresponsen**

Sartor, Nature Gastroenterol Hepatol 2006

5-ASA

Sulfasalazine
Mesalazine

Steroider

Prednisolon
Budesonid

Immunosuppresiva

Azathioprin
Methotrexat

Biologisk

Infliximab
Adalimumab
Vedolizumab
Ustekinumab

Småmolekyler

Tofazitinib
Filgotinib
Ozanimod

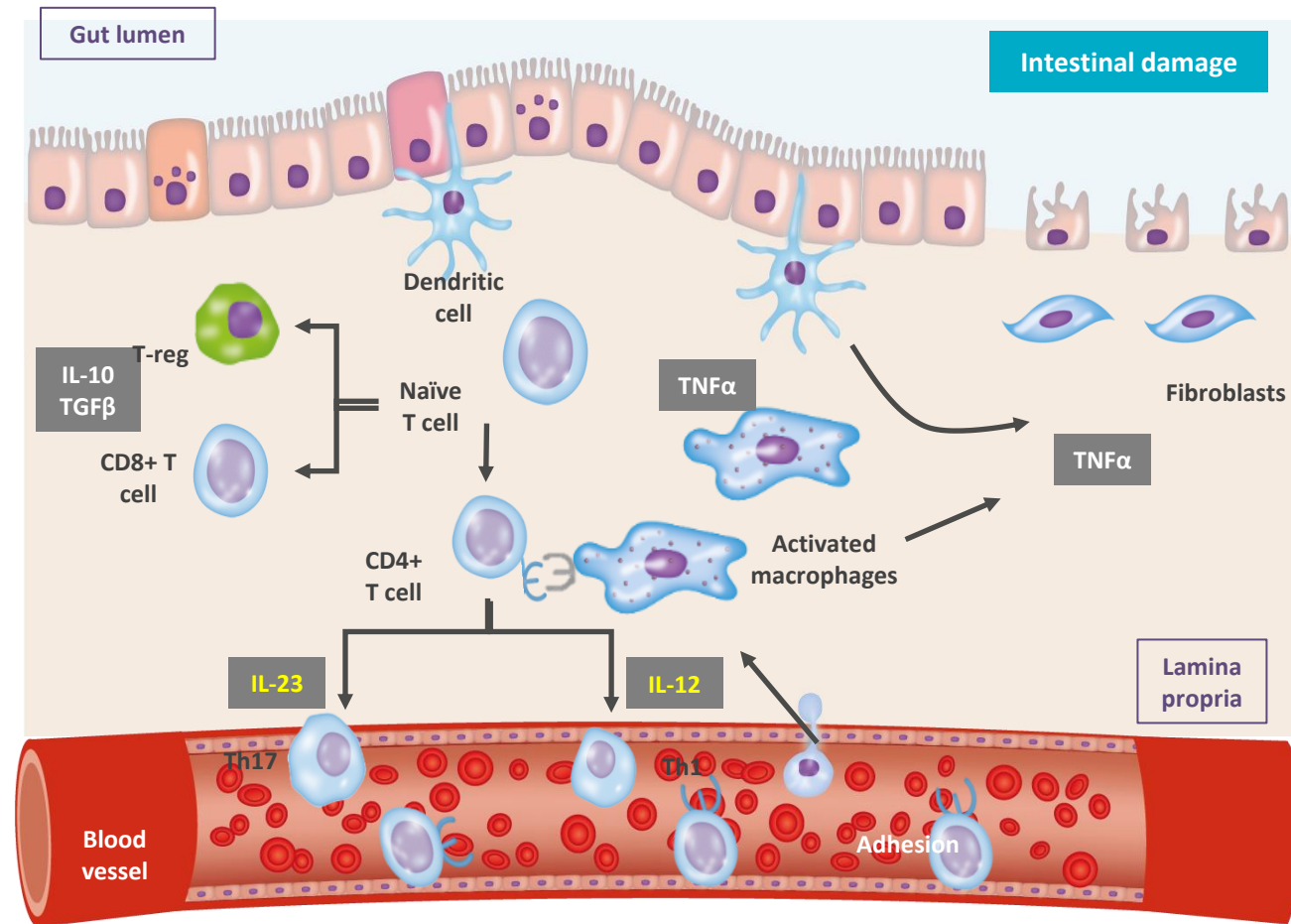
Støttebehandling

Antibiotika
Smertestillende
Diaremedepende
Jern og vitaminer

Biologisk og småmolekylær behandling

- Hemmer inflammatoriske cytokiner (anti-TNF)
- Hemmer rekruttering av betennelsesceller til tarm – integriner eller hemmet tarmpermeabilitet (vedolizumab)
- Hemmer differensiering av betennelsesceller IL-12/ IL-23 hemmer (ustekinumab, rizankisumab)
- Hindrer aktivering av cytokiner (filgotinib, tofacitinib, upadacitinib)
- Redusert frigjøring av lymfocytter fra lymfeknuter (ozanimod)

Immunsystem og mediatorer



Fra Danese S, Nat Rev Gastro Hepatol 2015

Anbefalinger for kombinasjonsbehandling

- Imurel benyttes sjelden i monoterapi
- Imurel eller Metotrexat anbefales i kombinasjon med infliksimab (og adalimumab) det første året, ved bytte av medikament og ved påviste anti-drug antistoffer
- Terapeutisk dose Imurel anbefales
- Individuell risikovurdering anbefales, og Imurel anbefales ikke til EBV-negative pasienter
- Langvarig kombinasjonsbehandling bør om mulig unngås
- I sjeldne tilfeller kombineres flere biologiske eller småmolekylære medikamenter

Crohns sykdom

- Lavgradig betennelse, få episoder med tilbakefall
 - Steroider med lokal virkning i tarm (budesonid)
 - Evt systemiske steroider (prednisolon)
- Alvorlig Crohns eller hyppige tilbakefall
 - Biologisk behandling
 - Småmolekyl- behandling (tabletter)

Proktitt og distal kolitt

- 5-ASA stikkpille er førstevalg ved proktitt
- Peroral behandling alene er mindre effektiv
- 5-ASA skum mer effektivt enn steroid skum
- Kombinasjon av lokal og peroral behandling er mer effektiv enn en behandling alene
- Ved venstresidig kolitt bør kombinasjon gis
- Peroral dose >2 g daglig er anbefalt



Ulcerøs kolitt med totalkolitt

- Førstevalg ved mild til moderat ulcerøs kolitt er 5-ASA peroralt med høyere doser >3 g daglig
- Kombinasjon med lokal behandling er mer effektivt
- Dersom 5-ASA ikke er effektivt etter 2 ukers behandling i adekvat dose > 4 g daglig vurdere annen behandling
- 5-ASA har ingen plass ved alvorlig kolitt, her brukes steroider og biologisk/småmolekyl.



Klinisk definisjon av alvorlig kolitt



www.shutterstock.com

Kriterier

Sykdomsaktivitet

Alvorlig fase

Moderat fase

Diaré

$\geq 6/\text{døgn}$

$\leq 4/\text{døgn}$

Blod i avf.

Synlig blod

Lite eller ikke

Feber

$\geq 38.0^{\circ}\text{C}$

Ingen

Puls

≥ 90 min

Normal

Anemi

$\text{Hb} \leq 10 \text{ g}/100 \text{ ml}$

Nei

SR (CRP)

$\geq 30 \text{ mm/t}$

Normal

Truelove SC, Witts LJ. Br J Med 1955

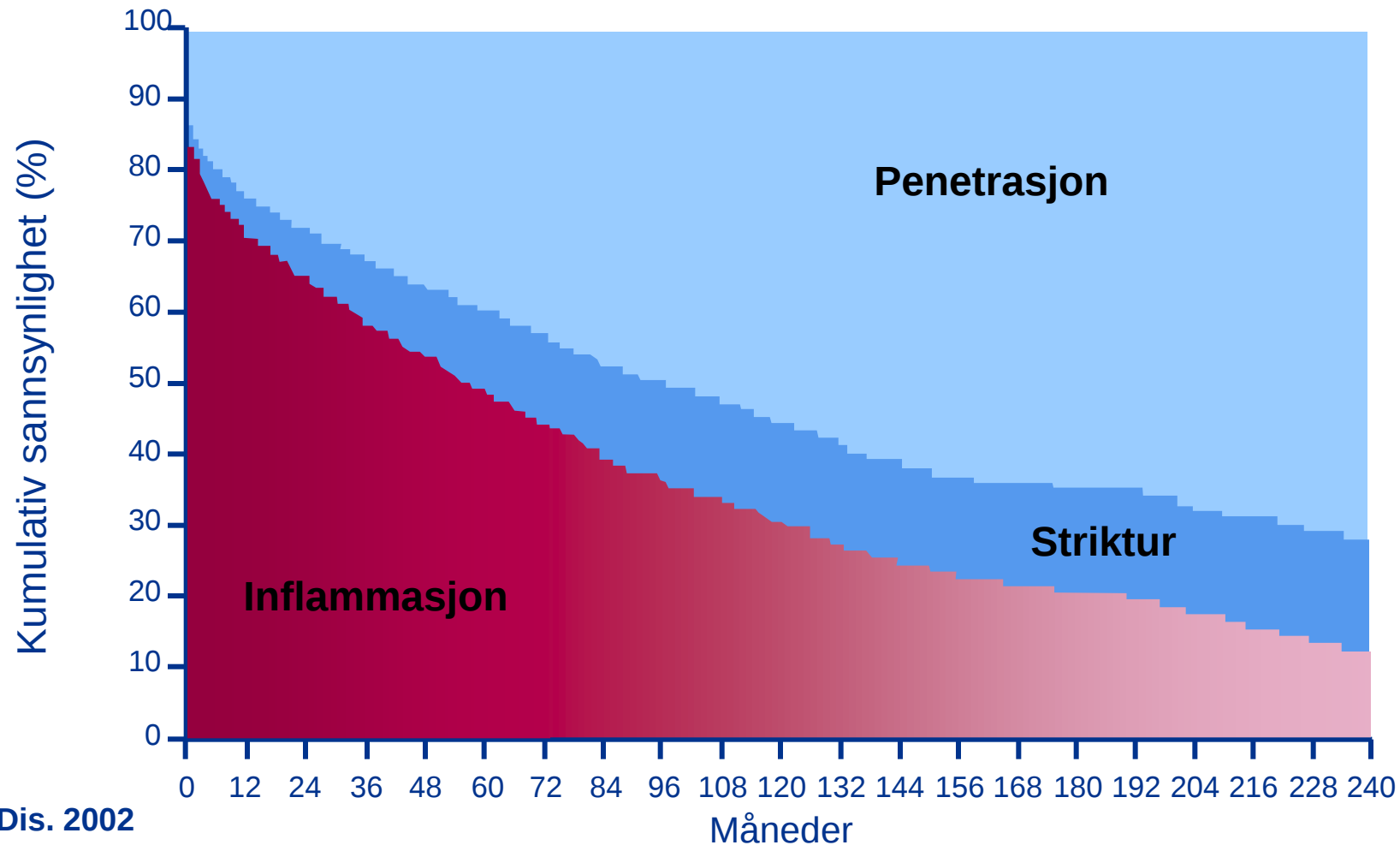
Akuttbehandling ved alvorlig kolitt

- Klinisk vurdering, blodprøver og kirurgisk tilsyn
- Avføringsprøver til PCR for tarmpatogene
- CMV PCR hvis immunsupprimert
- CT abdomen
- Væskebehandling
- Blodtransfusjon ved Hb < 7 g/dl ev. i.v jern
- Vurdere steroider Solu-medrol 40-60 mg i.v
- Antibiotika ved superinfeksjon
- Tromboseprofylakse til alle med alvorlig kolitt



www.shutterstock.com

Sykdomsforløp og tid for behandling



Cosnes. Inflam Bowel Dis. 2002

Bivirkninger

- Dessverre en risiko ved alle medikamenter.
- Vi vil alltid informere om disse før oppstart. Både de mere vanlige og ofte milde samt de sjeldne og evt alvorlige.
- Vi oppveier alltid gavn og effekt opp mot bivirkningsrisiko.
- Vi tar hensyn til andre sykdommer eller medisiner pasienten måtte ha.
- Vi kontrollerer ikke kun for effekt men også for bivirkninger.
- Noen ganger må pasient bytte behandling grunnet uakseptabel bivirkning.

Kirurgisk behandling av IBD

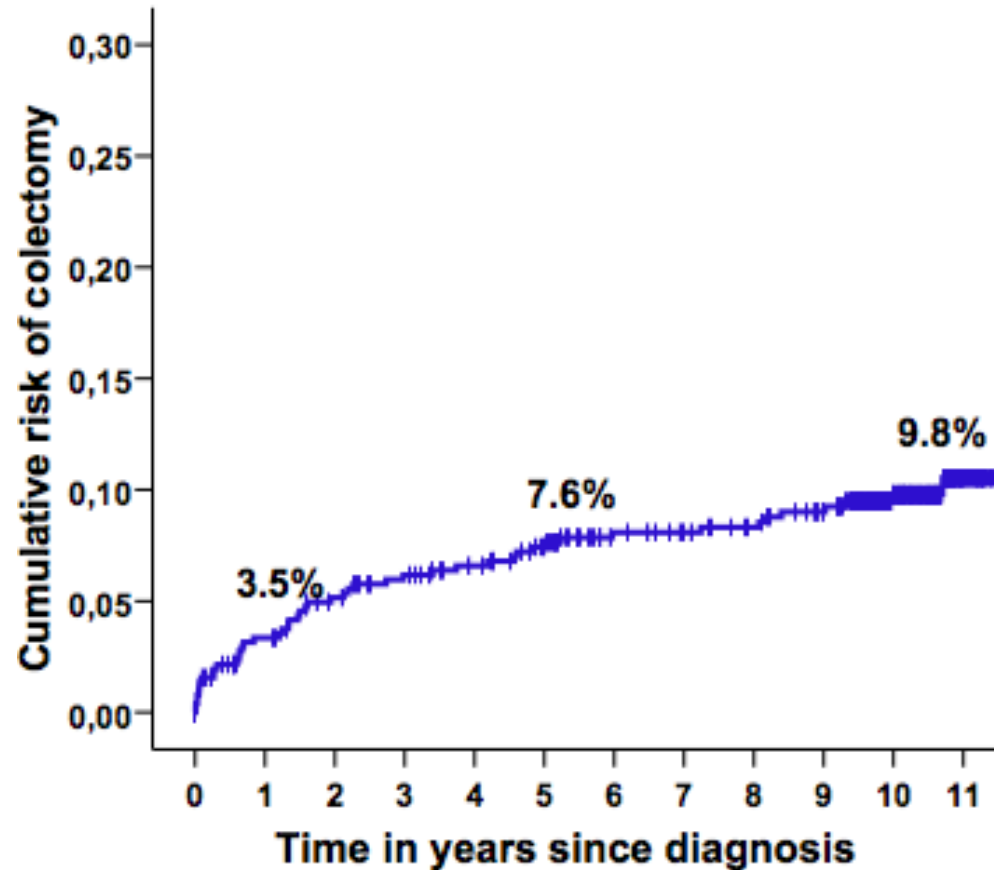


www.shutterstock.com

Indikasjoner for kirurgi

- Lokalisert Crohns sykdom med obstruktive symptomer uten aktiv inflammasjon bør behandles kirurgisk
- Ved komplisert Crohns sykdom er kirurgi et godt alternativ til medisinsk behandling
- Alvorlig ulcerøs kolitt eller påvist dysplasi med behov for total kolektomi

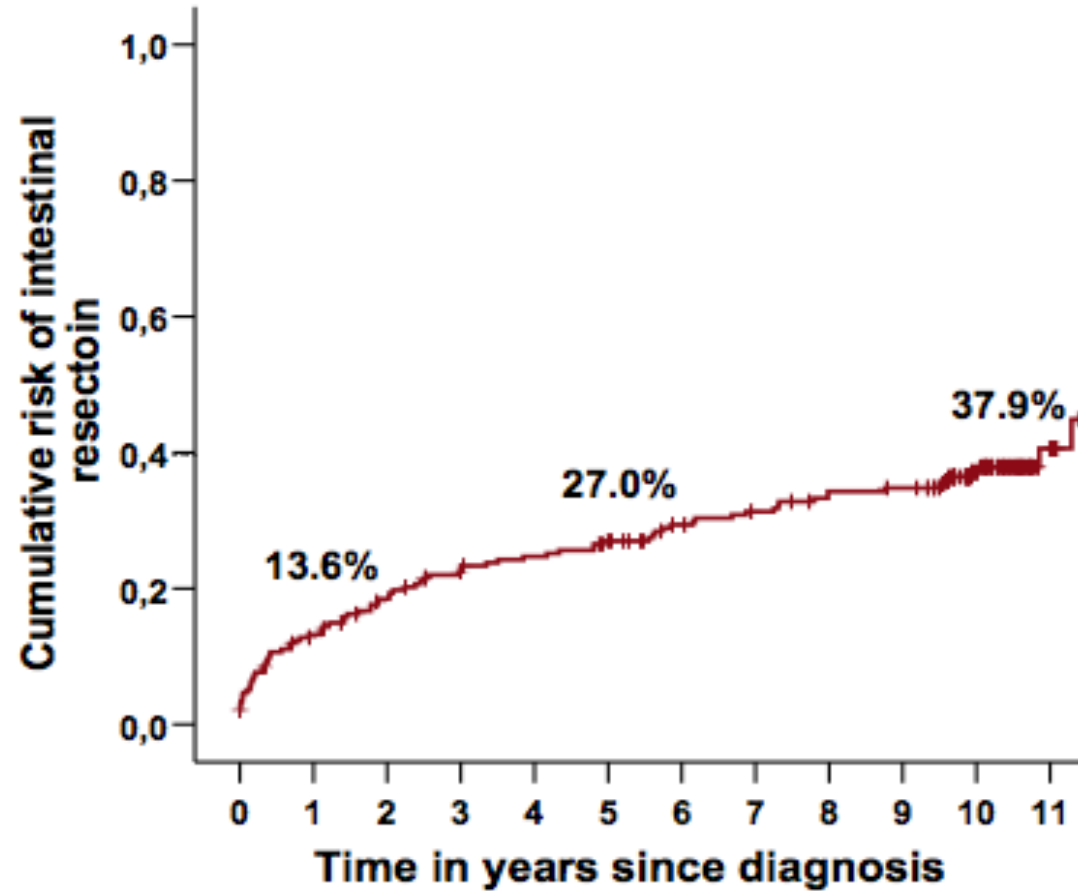
Kumulativ risiko for kolektomi ved Ulcerøs kolitt



N = 519

Solberg IC et al. Gastroenterology 2005

Risiko for tarmreseksjon ved Crohn



N = 237

Solberg IC et al. Clin.Gastroenterol Hepatol. 2007

PROM – Pasientrapporterte utfallsmål

- Inkluderes nå i nesten all klinisk forskning
- Fremskritt for pasientperspektivet
- Fokus på helserelatert livskvalitet, smerter og psykiske faktorer ved kronisk sykdom
- Helsetjenesteforskning som ser på behandlingstilbud og organisering først og fremst for å sikre uønsket variasjon

Fatigue

- Fatigue er hyppig rapportert ved IBD
- Klinisk sykdomsaktivitet og spesielt symptomer er de viktigste prediktorer i tillegg til redusert søvnkvalitet og psykologiske faktorer
- Røyking, kjønn og alder varierende påvirkning
- Betydelig negativ innvirkning på livskvalitet
- Ved aktiv sykdom 44-86 % og i remisjon 22-41 %

Van Langenberg et.al. APT 2010

Forekomst av fatigue varierer med sykdomsforløpet

- Økt forekomst av fatigue hos yngre pasienter i remisjon og ved nydiagnostisert IBD
- Flere pasienter med CD enn ved UC rapporterer fatigue
- Etter sykdom i 20 år (IBSEN) lavere forekomst selv ved aktiv sykdom UC 17.1 % vs. CD 17.5 %
- Mer fatigue ved økte symptomer

Jelsness-Jørgensen et al 2012

Grimstad T et.al J Crohns Colitis 2015

Frigstad SO et.al World J Gastroenterol 2018

Huppertz-Hauss G et.al. Scand J Gastroenterol 2017

Anemi og jernmangel skal behandles



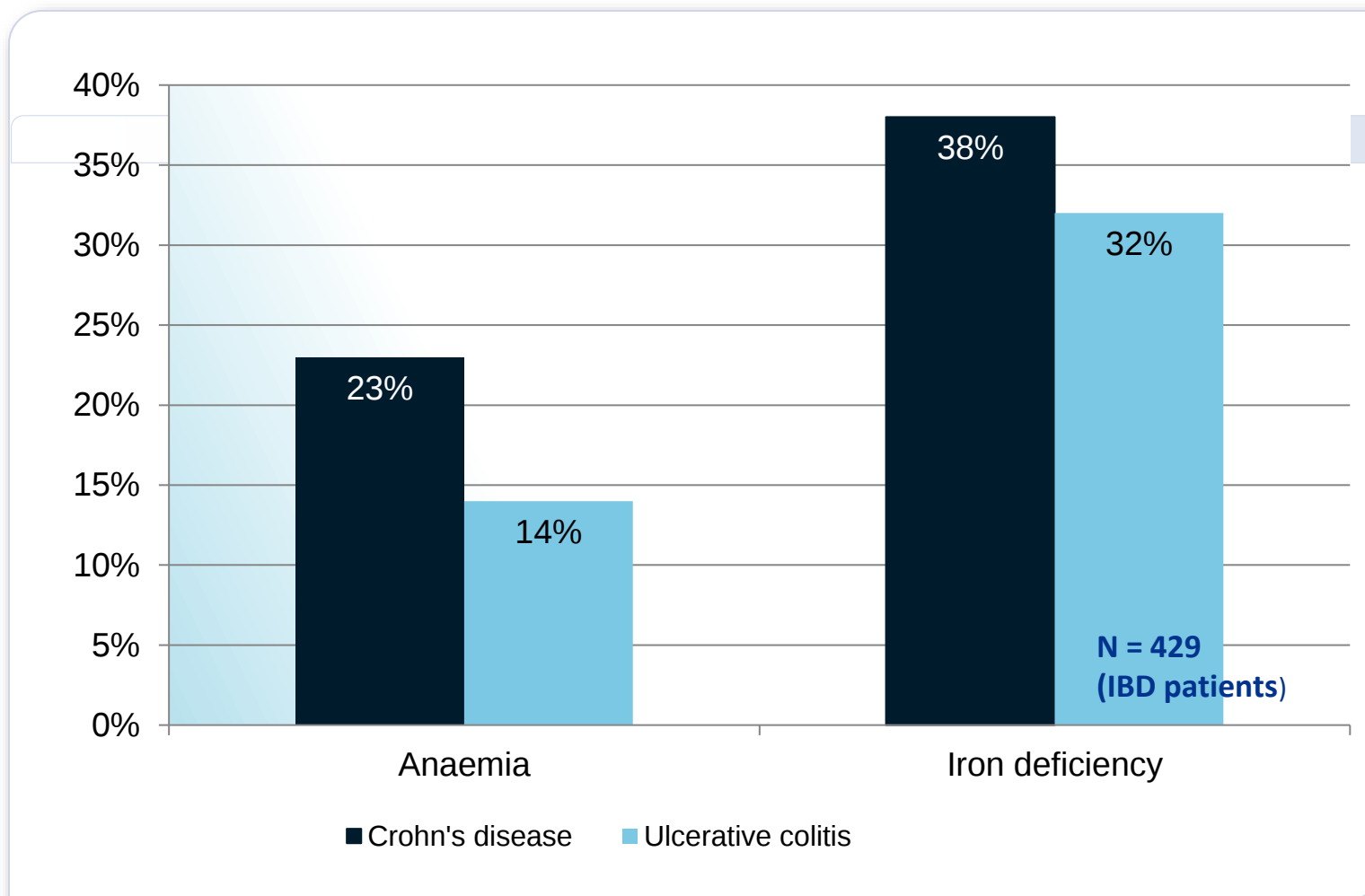
www.europosters.no

Gasche et al. Inflammatory Bowel Diseases 2007

Dignass et al. J Crohns Colitis 2015

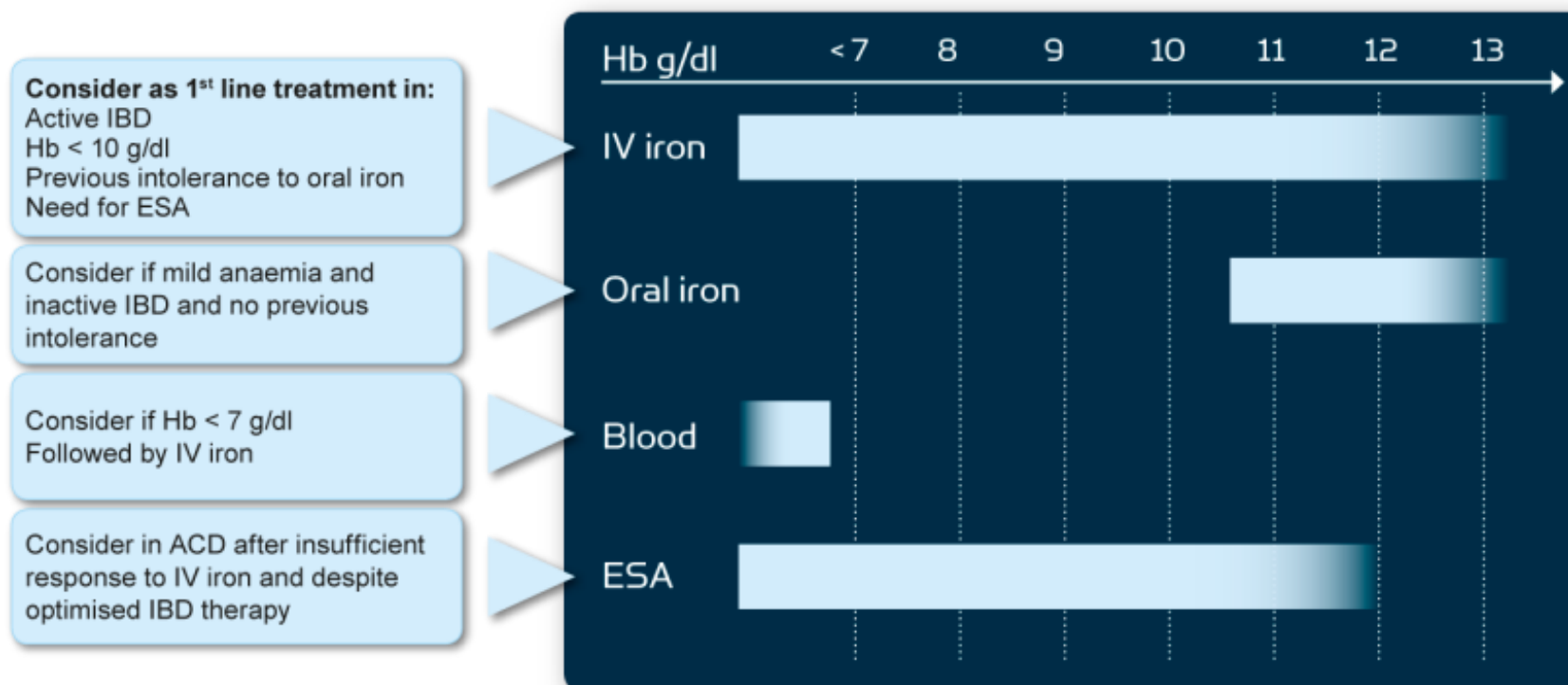
- IBD i remisjon / mild aktivitet
 - Hb > 12 g/dl (kvinner)
 - Hb > 13 g/dl (menn)
 - Ferritin > 30 µg/L
- Aktiv inflammasjon
 - Ferritin > 100 µg/L
 - TSAT > 20 %

Jernmangel er vanlig ved IBD



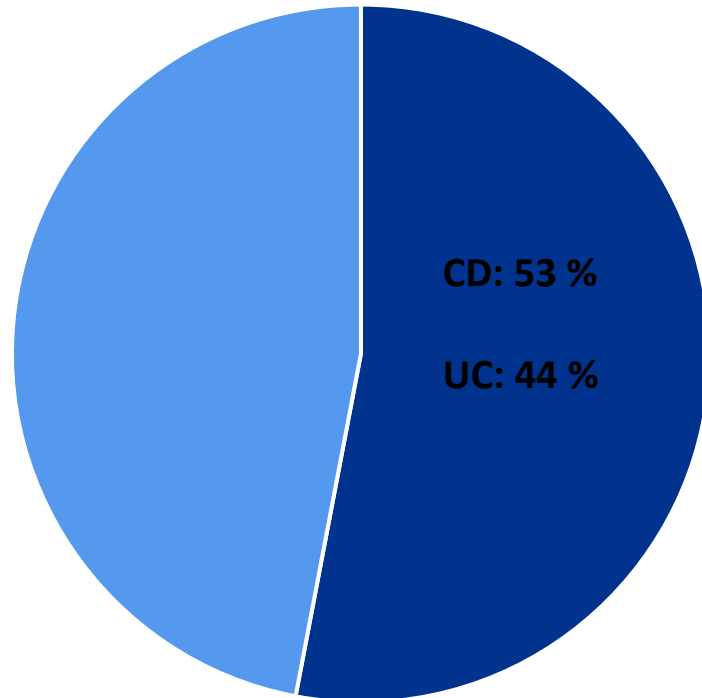
Bager et al. Scand J Gastroenterol 2010

Retningslinjer for jerntilførsel ved IBD



Dignass et al. J Crohns Colitis. 2015

Vitamin D mangel ved IBD



- Vitamin D mangel er vanlig ved IBD, og vanligere enn generelt i den norske befolkningen



www.felleskatalogen.no

Frigstad SO, et.al. Scand J Gastroenterology 2016

Meyer HE, et.al. Bone 2004

Larose TL, et.al J Epidemiol Community Health 2014

Anbefalinger om tilskudd

- Vitamin D tilskudd 400 IE (10 µg) daglig grunnbehov
- Anbefalt daglig dose > 800 IE (20 µg)daglig ved høy alder og ved kroniske sykdommer
- Høyere doser ved påvist Vitamin D mangel, kan forskrives på resept

Holick MF, N Engl J Med 2007
www.helsedirektoratet.no



Foto: Svein Oskar Frigstad

Takk for oppmerksomheten

Mere info kan finnes på
Pasientområde - Norwegian
IBD Study Group (NISG)