

IBD-hoitoketju

Krooniset tulehdukselliset suolistosairaudet (IBD): hoitoketju Kanta-Hämeessä

Sisällysluettelo:

1. IBD-hoitoketjun tavoitteet Kanta-Hämeessä
2. IBD: Työnjako avohoidon ja erikoissairaanhoidon kesken
3. IBD: Tunnistaminen ja diagnostiikka
4. IBD: Konsultaatio- ja lähetekäytännöt
5. Gastroenterologin muistilista ensikäynnille
6. IBD-hoitajan muistilista potilaan ensikäynnille
7. Potilaan itsehoito -muistilista
8. Tavoitteena remissio viimeistään 1.5 vuodessa erikoissairaanhoidossa
9. IBD-potilaiden turvallinen ja joustava pitkäaikaisseuranta
10. IBD:n pahenemisvaiheen diagnostiikka ja hoito

1. IBD-hoitoketjun tavoitteet Kanta-Hämeessä

Pyrkiä nopeuttamaan uusien potilaiden ja sujuvoittamaan pahenemisvaiheesta kärsivien potilaiden hoitoon pääsyä

- Matala kynnys oikeaan hoidosta vastaavaan yksikköön
- Työnjaon parantaminen

Pyrkiä parantamaan IBD-potilaiden diagnostiikkaa ja hoitoa

- Ensiarvio nopeammin, gastroenterologin tekemänä.
- Diagnostinen primaariendoskopia erikoissairaanhoidossa
- Remission saavuttaminen kohtuullisessa ajassa

Potilaiden itsehoitovalmiuksien parantaminen

- IBD-hoitajan osaamisen hyödyntäminen
- (alku)ohjaukseen panostaminen

Gastroenterologian pkl:n tiimin työnjaon tehostaminen

- Potilaiden rutiiniseurantaa IBD-hoitajille
- Päiväyksikön parempi hyödyntäminen hoidon eri vaiheissa

Avohoidon lääkäreiden IBD-osaamisen kohentaminen

- IBD-sairaudet yleistymässä
- IBD-koulutus –paketti
- Hoitoketjun laatiminen ja sen jalkauttaminen

2. IBD: Työnjako avohoidon ja erikoissairaanhoidon kesken

Terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa

- Sairauden tunnistaminen ja primaari työdiagnostiikka
- IBD:n ja ripulivoittoisen IBS:n erotusdiagnoosi
- Oikeiden potilaiden turvallinen lähettäminen eteenpäin
- Stabiilissa vaiheessa (remissiossa) olevien colitis ulcerosa – (CU)-potilaiden seuranta
- Lievien luminaalisten Crohnin tauti (CD)-potilaiden seuranta
- Lievien pahanemisvaiheiden hoito

Kanta-Hämeen keskussairaalassa / erikoissairaanhoidossa (KHKS tai Forssan sairaala)

- Tehokas diagnostiikka, erotusdiagnoosi ja taudin vaikeusasteen määrittely
- Primaarikolonoskopia KHKS:ssa / FoS:ssa
- Hoidon aloitus erikoislääkärin toimesta
- Jatkuvasti/ toistuvasti aktiivisen taudin hoitovastuu erikoislääkärillä
- Vaikeat ekstraintestinaaliset komplikaatiot erikoislääkärin seurannassa
- Immunomoduloivaa lääkettä saavien potilaiden seuranta
- Biologista hoitoa saavien potilaiden seuranta
- Kaikkien koliitti -potilaiden endoskooppinen dysplasiaseuranta

3. IBD: Tunnistaminen ja diagnostiikka

IBD:n johtava oire usein pitkittynyt vähitellen pahentunut veriripuli / ripuli, mutta myös vatsakivut, laihduttaminen, lämpöily (yleisoireet)

Infektoripulin / akuutin ripulin erottaminen vs. IBD

- Anamneesi lyhyt!
- Bakteeri gastroenteriitti usein rajuoireinen
- Matkustusanamneesi?
- Antibioottianamneesi?
- La, CRP, PVK, Krea, S-K, S-Na, Afos, ALAT
- F-vilj-1 ja Clostridium difficile –näytteet
- F-parasiitit harkinnan mukaan

Kroonisen ripulin erottaminen vs. IBD

- TSH, tTG-Ab / Kelia-ab, Lakt-D, F-Calpro
- Jos kyseessä on pitkäkestoisempi ripuli ja F-Calpro on koholla, perusteet epäillä IBD-sairautta → Lähetä erikoissairaanhoidon (KHKS, gastroenterologian pkl:lle tai Forssan sairaalan sisätautien pkl) diagnostista endoskopiaa ja hoitoa varten

4. IBD: Konsultaatio- ja lähetekäytännöt

Päivystyslähete

- Vaikeasti oireilevat potilaat – vaikean koliitin oireet ja löydökset
 - (veri)ripulitiheys > 6/vrk, yöripuli
 - takykardia > 90/min
 - lämpöily > 37.5

- painon lasku
- vatsakivut, peritonismi, paralyysi
- merkittävä Hb-lasku
- CRP > 30
- Potilaan sairauden tunne, yleiskunto, kuivuminen
- Intra-abdominaaliset komplikaatiot tai sen epäily Crohnissa

Ei-kiireellinen lähete

- Kroonista ripulia sairastavat potilaat, joilla alkututkimusten perusteella perusteltu epäily tulehduksellisesta suolistosairaudesta
- Yleensä hyväkuntoinen pitkittyneestä (veri)ripulista kärsivä potilas, jolla F-Calprotektiini on koholla
→ Tavoitteena diagnoosin varmistaminen, erotusdiagnoosiin tekeminen, taudin laajuuden ja vaikeusasteen arvio erikoissairaanhoidossa

IBD: Hyvän lähetteen sisältö

- Suoliamneesi: Oireiden kesto ja vaikeusaste
 - Ripulifrekvenssi?
 - Yleisoireet?
 - Laihtuminen?
- Yleisanamneesi: Pahentava tekijä
 - infektiot?
 - NSAID?
 - Tupakointi?
- Anamneesi: Aiemmat merkittävät sairaudet?
- Lääkitys:
 - IBD:n hoito:
 - Steroidi
 - 5-ASA?
 - Immunomoduloiva lääke – AZA? MP? MTX?
 - Biologinen lääke?
 - Lääkeallergia
 - Marevan? Muu antikoagulaatio?
- Status: Yleiskunto? Komplikaatiot? Kuivuminen?
- Aikaisemmat tutkimustulokset
 - Laboratoriokokeet? Endoskopiat? Radiologia?
- EI: Potilaalla haavainen paksusuolitulehdus
- VAAN: Potilaalla koko suolen pitkäaikaisremissiossa oleva CU vuodesta -97
- EI: Potilalla Crohnin tauti
- VAAN: Potilaalla aktiivinen strikturoiva ileokolinen Crohnin tauti vuodesta 2005, lyhyt ileokekai-
liresektio primaarivaiheessa.

F-Calprotektiini – muistilista kliinikolle

- F-Calprotektiini heijastaa neutrofiilien ja mononukleaaristen solujen kertymistä suoleen tulehtuneen suolen limakalvon läpi
- F-Calpro on spesifinen tulehdukselle, muttei sairausspesifinen
– nousee myös bakteeri gastroenteriitissä!
- Suolen limakalvotulehduksessa nousee herkemmin kuin CRP, mutta systeemiset (ei suoliperäiset) tulehdukset eivät juuri vaikuta tasoon.

- NSAID-käyttö nostaa F-Calpro –tasoa
- mahdollisuus varsin luotettavasti erottaa orgaaninen (IBD) ja funktionaalinen sairaus (IBS) primaaridiagnostiikassa – erottelukyky parempi kuin CRP:n
- Korreloi IBD-sairauden aktiiviteettiin.
- Tulehdusaktiiviteetti ilmeisesti tärkeämpi kuin laajuus selittämään F-Calpro –tasoa
- Toimii jkv. paremmin CU:ssa kuin CD:ssa.
- F-Calpro –taso ennustaa / ennakoi IBD:n relapoitumista
- Normalisoituminen korreloi endoskooppisesti paranemiseen (mucosal healing).
- Korrelaatio huono oirelähtöisiin IBD-aktiiviteetti-indekseihin, esim CDAI

5. Gastroenterologin muistilista ensikäynnille

- Kattava arvio potilaasta
 - Suku: IBD, suolistosyöpä
 - Elintavat: Tupakka ja alkoholi
 - Sosiaalinen tilanne ja ammatti
 - Riskikäyttäytyminen: Piikkihuumeet
 - Immunokompetenssi?
 - Rokotukset
 - Tbc-altistus
 - Anamneesi ja status
 - Sairauden hyväksyminen
- Erotusdiagnoosi muihin koliitteihin
 - Infektioenterokoliitit
 - Antibioottiripuli
 - Mikroskooppiset koliitit
 - Iskeeminen koliitti
 - NSAID enteropathia
 - Sädeproktiitti
- IBD:n erotusdiagnostiikka: Colitis ulcerosa vai Crohnin tauti
 - Endoskopia-työ ja histologia
 - Tarvittaessa kuvantaminen – erityisesti Crohnin taudissa
- Taudin laajuus
 - Ileokolonoskopia
 - Gastroskopia
 - Ohutsuolen kuvantaminen / kapseliendoskopia
- Taudin vaikeusasteen arviointi
 - Maoy score
 - SES-CD
 - Taudin kliininen vaikeusaste
 - Ennustetta heikentävät piirteet
 - Ekstraintestinaaliset manifestaatiot
- Jatkohoitosuunnitelma
 - Lääkitys
 - Seuranta
 - B-todistus

6. IBD-hoitajan muistilista potilaan ensikäynnille

- Perustietoa IBD-sairaudesta – www.sivut, kirjallisuus
- Sairauden kanssa arjessa
- Ammatin valinta ja työkyky?

- Hyvän hoidon tavoite
- Koska huolestua?
- Kehen yhteys?
- Rokotukset ajan tasalle
- Infektioalttius
- Tupakointi!
- Erytyiskysymykset: raskaus, armeija, matkustaminen
- Endoskopiaseuranta

7. Potilaan itsehoito

- Paneudu tietoon sairaudestasi
 - Kirjallinen materiaali – potilasesitteet
 - www-sivut: Ammattilaiset ohjaavat luotettaville sivuille
 - www-sivut: Crohn ja koliitti ry.
 - Kysy aktiivisesti esimerkiksi IBD-hoitajalta
- Muista lääkityksesi
 - Lääkitys on tarpeen lähes kaikille IBD-potilaille
 - Lääkitys on pitkäaikaista ylläpitohoitoa, jolla sairautta pidetään kurissa
 - Pahenemisvaiheet vaativat lääkityksen tehostamista
 - Lääkitys pitää yllä toimintakykyäsi, vähentää sairaalahoidon ja leikkausten tarvetta
- Sitoudu kontrolleihin ja seurantaan
 - Systemaattiselle seurannalla ja laboratoriokokeilla IBD- komplikaatiot ja mahdolliset lääkehaitat havaitaan ajoissa
 - Ota vastaanotolla aktiivisesti esiin sairastamasi infektiot ja mahdolliset muut oireet jotka voivat liittyä itse sairauteen tai lääkitykseen
- Seuraa vointiasi - oireseuranta
 - Suolen toiminta?
 - Yleisoireet – lämpöily? väsymys? Iho-oireet? Silmäoireet?
 - Seuraa painoasi
- Hyvä remissio vähentää sairaalahoidon ja leikkausten tarvetta!
- Muista säännölliset hammaslääkärin tarkastukset!
- Huolehdi, että rokotuksesi ovat kattavasti ajan tasalla!
- Oletko sinut pitkäaikaisen sairautesi kanssa?
 - Löytyykö vertaistukea?
 - Ensitiedon illat
 - Crohn ja koliitti ry.
 - Sopeutumisvalmennuskurssit

8. Tavoitteena remissio viimeistään 1.5 vuodessa erikoissairaanhoidossa

Hyvä ja nopea sairauden rauhoittuminen ennakoi hyvää pitkäaikaista hoitovastetta ja hyvää pärjäämistä!

Kortisonivapaa kliininen remissio

- Kliininen paraneminen: oireettomuus, ravitsemus
- Laboratoriokokeet kunnossa
 - IBD-laboratoriokokeet: PVK/TVK, CRP, ALAT, AFOS, KREA, P-ALB

Syvä remissio

- Endoskooppinen ja histologinen remissio
- F-Calpro normaali

- Kuvantaminen Crohnin taudissa: Ohutsuolen MRI
- Liitännäissairaudet kurissa

Miten remissio määritetään?

- Crohnin tauti
 - Endoskooppinen remissio: SES-CD \leq 2 / ileal CD \leq 1
- Ulseratiivinen koliitti
 - Kliininen remissio: Partial Mayo score = 0
 - Endoskooppinen remissio: Mayo subscore 0-1
- Biomarkkereihin perustuva remissio
 - F-Calpro < 100 μ g/g
 - CRP matala
- Histologinen remissio

Relapsi

Oireet uusivat < 3 kk:n sisään steroidin loppumisesta

- Jos relapseja / kortisonikuureja > 2 kertaa vuodessa \diamond Ylläpitolääkityksen tehostaminen (aktiivinen varhainen step up –hoitostrategia)
 - Ensisijaisesti 5-ASA-ylläpitolääkitykseksi
 - Toissijaisesti immunomoduloiva lääkitys
 - AZA / 6-MP (joskus MTX)
 - Biologinen lääkitys: keskivaikea tai vaikea IBD, kun ei saada vastetta steroidilla tai tiopuriinilla tai näihin liittyy vasta-aiheita tai merkittäviä haittoja
- Ellei ole saavutettu remissiota
 - Aikaisemman lääkityksen optimointi
 - Biologisen lääkkeen aloitus:
 - Lähtötilanteen arvio – ennakoi, miten seurata hoitovastetta
 - Rokotukset, hampaat, iho
 - TbcINF, HCV-Ab, HBsAg, HIV-Ab
 - TNF α -salpaaja: INF, ADA, COL
 - Integriinin estäjä: Vedolitsumabi
- Yleensä endoskopiavarmistus ennen tiopuriini- tai biologisen lääkkeen aloitusta
- Leikkaushoito puheeksi

Tiopuriini-lääkityksen käynnistäminen

- Potilaan valmistaminen ja kirjallinen informaatio
- AZA-turvakokeet: TVK, CRP, ALAT, AFOS, KREA, S-AMYL
- H2 – H4 – H6 – H8 – H10 – H12 (IBD-hoitaja)
- noin viikko12 tai kun hoito optimoitu, hoitovasteen arvio: IBD-labrat, F-Calpro ja tarvittaessa endoskopia ja/tai kuvantaminen

Biologisen lääkityksen käynnistäminen

- Potilaan valmistaminen ja kirjallinen informaatio
- Infuusiot kunkin lääkkeen ohjeiden mukaisesti ja jokaisen infuusion yhteydessä IBD-labrat ja voinnin arvio (sh/lääkäri)
- Itse pistettävät: IBD-labrat 2 kuukauden välein ensimmäisenä vuonna, sitten 3-4 kertaa vuodessa

- Hoitovasteen arvio H10-H14: IBD-labrat, F-Calpro ja endoskopia ja/tai kuvantaminen

9. IBD: turvallinen ja joustava pitkäaikaisseuranta, kun remissio on saavutettu IBD-potilaiden pitkäaikaisseuranta perusterveydenhuollossa

Kun syvä remissio saavutettu 5-ASA-lääkityksellä → jatkoseuranta avohoidossa

- Seuraavat 8-10 vuotta
- kliininen arvio ja laboratoriokokeet 1-2 kertaa vuodessa
- laboratoriokokeet: PVK, CRP, La, ALAT, AFOS, Krea
- Ylläpitolääkitys: 5-ASA pysyvästi
- Lievien ja keskivaikeiden pahenemisvaiheiden hoito avohoidossa
 - 5-ASA ad 3-4 g/vrk (Riittävä annos)
 - Paikallishoidot distalisessa taudissa
 - Prednisolon 40 mg/d annosta 5mg viikon välein laskien (8 viikkoa)
 - PPI- ja Ca-D-vitamiini -lääkitykset tukihoidona
 - Tarvittaessa gepkl:n konsultointi
- Nopeasti uusiva relapsi → erikoislääkärille
- Kun potilas siirretään avohoitoseurantaan, erikoislääkärin kannanotto seuraavan kolonoskopian ja erikoislääkärin arvion ajankohdasta

IBD-potilaiden pitkäaikaisseuranta erikoissairaanhoidossa

Kun remissio saavutettu tiopuriini -lääkityksellä tai biologisella hoidolla tai näiden yhdistelmällä → seuranta erikoissairaanhoidossa

- IBD-hoitaja 3-4 kk:n välein tai päiväsaaraala infuusioiden yhteydessä
 - IBD-laboratoriokokeet
 - Hoitajaohje ja hälytysrajat
 - Mahdolliset haitat?
 - Hoidon toteutuminen?
- Gastroenterologi x 1-2/v.
 - Remission varmistaminen: F-Calpro / CSK
 - Liitännäissairaudet?
 - Mahdolliset lääkehaitat?
 - E-reseptit
 - Lääkityksen lopetus – onko mahdollista?
- Tarvittaessa joustavasti yhteys IBD-hoitajaan
 - Oireita? Kysymyksiä?

IBD-potilaiden endoskooppinen dysplasia -seuranta

- Seuranta aloitetaan 8-12 vuotta oireiden alusta
- Seurantaan kuuluvat kaikki IBD-koliitit.
- Ei seurantaa: Pelkästään ohutsuolen tautia sairastavat tai rektumiin rajoittunut proktiitti
- Kolonoskopia ajoitetaan remissiovaiheeseen
- Jatkuva aktiivi inflammatio lisää syöpävaaraa
- Kromoendoskopia ja kohdennetut biopsiat suositeltavia
- Seurantaintervalli määräytyy sen mukaan, kuuluuko potilas matalan (5 vuotta), keskikorkean (3 vuotta) vai korkean riskin (1 vuosi) potilasjoukkoon erillinen ohje skopiahuoneessa

Lääkehoidon lopettaminen

- Lääkehoidon lopettamisyritys on perusteltu syvässä remissio olevilta potilailta 1-2 vuoden jälkeen biologisella hoidolla olevilta ja 4-5 vuoden jälkeen tiopuriini -lääkityksellä olevilta
- Lääkkeen lopetus tehdään
 - suunnitelmallisesti yhteistyössä potilaan kanssa
 - asteittain lääkitystä keventäen
 - potilasta tiiviimmin seuraten – F-Calpro –mittaukset joka toinen kuukausi
- Jos tauti relapsoi, se hyvin suurella todennäköisyydellä rauhoittuu samalla (biologisella) hoidolla. Se on syytä aloittaa uudelleen.

10 IBD: Pahenemisvaiheen diagnostiikka ja hoito

IBD: Lievä tai keskivaikea IBD:n pahenemisvaihe

Yleensä voidaan hoitaa kotona

- Prednisolon 40 mg/d -> annosvähennys 5 mg/viikko
- PPI-lääkitys ja kalkki-D-vitamiini -tukihoito
- Antibiooteista ei juurikaan näyttöä etenäkään CU:ssa
- Jatkolääkitystarpeen arviointi – gastroenterologi?

Yleisoireinen potilas sairaalahoitoon

- iv-steroidi ja tukihoidot riittävät päivystysaikana
- Päivystyskirurgiaa vaativat komplikaatiot havaittava
- Gastroenterologin arvio aamulla
- CD:n komplikaatio!

IBD: vaikea koliitin pahenemisvaihe sairaalahoitoon

- Ripuli > 6 kertaa/vrk
- Joka kerta verta ripulin mukana
- Kuume / Lämpöily
- Takykardia
- Anemia: Hb < 100/110 g/l
- La > 30 tai CRP > 30-45
- P-Alb < 30g/l

CU:n vaikean pahenemisvaiheen hoito

Kortikosteroidi

- Solu-Medrol 40-60 mg/d iv (1mg/kg/vrk)
- Jatkoon Prednisoloni ad 40-60 mg/d p.o.

Muu tukihoido

- Laajakirjoiset antibiootit, anemian korjaus
- Nesteytys, ravitsemuksesta huolehtiminen
- Tromboosiprofylaksia

Kirurgin välitön konsultaatio, jos viitteet toksisesti laajentuneesta kolonista
Vaikean pahenemisvaiheen jälkeen peruslääkityksen tehostaminen

- 5-ASA → tiopuriinit
- Tiopuriinit → biologinen lääke tai leikkaus
- Biologinen lääke → leikkaus

Vaikean koliitin hoito: Muistilista osastonlääkäreille

- Status päivittäin – mielellään yhdessä kirurgin kanssa
- Suolen toiminnan seuranta päivittäin -ulostepäiväkirja
- Laboratorioseuranta 24-48 tunnin välein
 - PVK, CRP, NTP, Maksa-arvot, P-alb
- Neste- ja elektrolyyttihoito dehydraation korjaamiseksi ja estämiseksi
- Verensiirrot → Hb >100g/l
- Enteraalinen / parenteraalinen ravitseminen, jos potilas on merkittävästi laihtunut
- Steroidi: Metyyliprednisolon 60mg/d iv
- Suonen sisäinen antibiootti, jos infektio todettu / epäily
- Tilanteen ja hoitolinjan tarkistaminen 3-5 vrk:n kuluttua
→ siklosporiinihoito tai infliksimabihoito
- Jos siklosporiinilla saatu remissio, hoitoa kannattaa jatkaa 3 kk – siltahoito tiopuriiniin
- Iv-steroidia ei kannata jatkaa > 7-10 vrk
- Kirurginen hoito, ellei hoitovastetta 3-5 vrk:ssa
- Valmista potilas mahdollisimman hyvin ja riittävän varhain kirurgiseen hoitoon.