

FACIT

MEQ, Mona 27 år gammal

18.5 poäng

Sidorna läggs ner på golvet allt eftersom de besvarats. Du tillåts alltså inte gå tillbaka i fallet under skrivningens gång.

På akutmottagningen, på sjukhuset där du gör din ST, träffar du 27 åriga Mona. Hon har varit ledig från sitt arbete på familjerestaurangen och då varit på en vilsam all inclusive-resa i Turkiet tillsammans med sambon och vännerna. Sedan hemkomst besvärar hon av lös avföring 3-4ggr/dag, krampaktiga smärtor i buken och bråttom till toaletten. Ett par andra på resan blev också sjuka men återhämtade sig fort.

Ankomstprover visar: Hb 139, TPK 365, LPK 8,8, Na 140, K 3,5, Krea 83, CRP 10

1. Vilka praktiska åtgärder vidtar du. Motivera ditt svar (1p)?

Svar: - Stänger av pat från arbete på restaurang (smittskyddslagen) (0.5p)

- odlingar/fecesdiagnostik (0.5p)

2. Behöver du några mer anamnestiska uppgifter. Nämn minst 4 stycken frågor du önskar svar på , med en kort motivering till varje (2p)?

Svar: Blod i avföringen, hereditet för IBD, Tobak, Annan sjukdom (ffa autoimmuna), mediciner inkl NSAID? 0.5p per rätt svar med adekvat motivering (vilket får bedömas av rättaren), max 2p

När du fördjupar anamnesen så framkommer det att Monas bror har Crohns sjukdom. Vidare framkommer det att hon slutat röka för omkring 6 mån sedan. Du stänger av Mona från sitt arbete som kock (enligt smittskyddslagen) och beställer test för fecespatogener och clostridier.

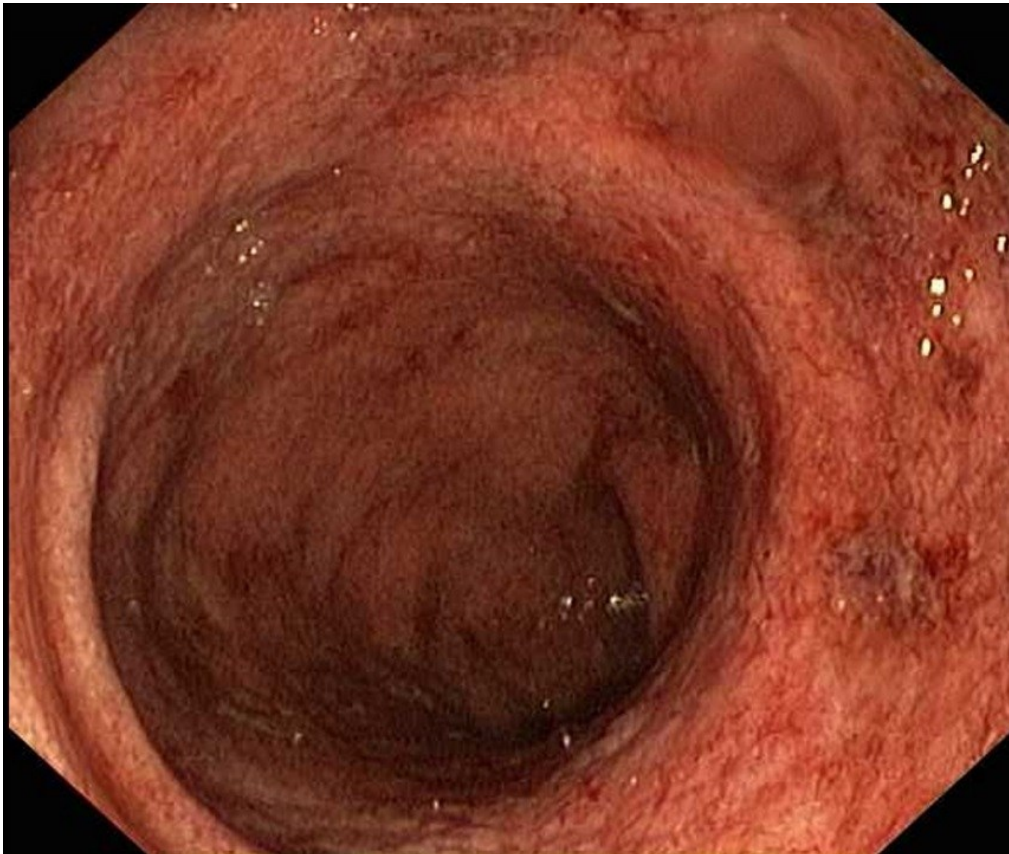
Telefonkontakt efter 7 dagar:

Fortsatt lös avföring 4-5ggr per dygn med blodtillblandning enstaka gång per dag.

Fecespatogener: neg, Clostridioides difficile: neg, Cystor och maskägg x 3: neg

f-Calprotektin: 475 mg/kg, P-CRP 10 mg/L

Du tar beslut om att driva utredningen vidare och gör därför en koloskopi där. Ileum, högerkolon och transversum är normalt men i de mest distala 25 cm av sigma och rektum ses utseende enligt nedan.



3. Vilken diagnos misstänker du (1p)?

Ulcerös colit (proktosigmoidit)

Du bedömer att Mona drabbats av ulcerös kolit, s k proktosigmoidit. Vid dokumentationen i journalen använder du *Mayo score* för att beskriva och kommunicera Monas sjukdomsaktivitet. Du bedömer bland annat Endoscopic Subscore och ger henne 2 poäng (av 3).

4. Vilka 3 ytterligare parametrar ingår i Mayo score (Disease Activity Index), *dvs förutom* endoskopisk gradering? 1p

Svar: avföringsfrekvens (1-3), rektal blödning (1-3) och läkares globala bedömning (läkarens subjektiva bedömning av sjukdomsgrad) (1-3). 1-2 rätt->0.5p, 3 rätt->1p

5. Nämn 2 makroskopiska fynd som ska finnas för **3 poäng** (severe disease) på *Mayo Endoscopic Subscore*? (1p)

Svar: Spontana blödningar, Ulcerationer (eller djupa lesioner) 0.5p/rätt svar.

Även uttalad slemhinneskörhet med pus och/eller fibrinbeläggning bör kunna ge 0.5 p.

6. Vilken behandling startar du (ange preparat och dosering; 1 p)?

Svar: Mona får bedömas ha ett milt-måttligt skov och 5-ASA-behandling i peroral (minst 4 g/dygn) och lokal form bör ges. Bör även ges rätt om man som första steg väljer enbart lokalbehandling med 5-ASA (och då som skum/suspension). 0.5p för rätt preparat och 0.5 p för rätt dosering

Du startar behandling med T mesalazin 4,8 g/dag i kombination med 1 g som lokalbehandling.

I *Mayo Score Disease Activity Index* ingår, förutom endoskopi (2/3), avföringsfrekvens (2/3), rektal blödning (1/3), och läkarens globala bedömning (1/3).

Mona är nyfiken men även lite orolig över behandlingen. Hon och närvarande syster (som är biomedicinerare) undrar på vilket sätt mesalazin ger en immundämpande lokal effekt på slemhinnan, och om medicinen har några allvarliga biverkningar.

7. Vad svarar du? Beskriv kortfattat (1.5p)

Svar: mesalazin har en lokalt verkande antiinflammatorisk effekt på tarmen, bl a genom att blockera bildning av prostaglandiner, leukotriener, NF-κB, samt fria syreradikaler. 0.5p för ett förståeligt resonemang utan att kräva fullständighet.

Allvarliga biverkningar är mycket sällsynta men perimyokardit, pankreatit, interstitiell nefrit och allvarlig blodpåverkan (agranulocytos) är beskrivna. 0.5p/rätt svar, max 1p för biverkningarna.

Det är nu två veckor senare och ssk Björn ringer dig från sköterskemottagningen. Mona har blivit sämre trots behandlingen. Hon har nu 12 blodiga diarréer per dag och temp på 38,2C.

Svar på CRP har precis kommit och det ligger på 78 mg/L. Du har även hunnit få svar på svar på hepatitserologi, QuantiFERON, Rtg pulm och allt ser bra ut.

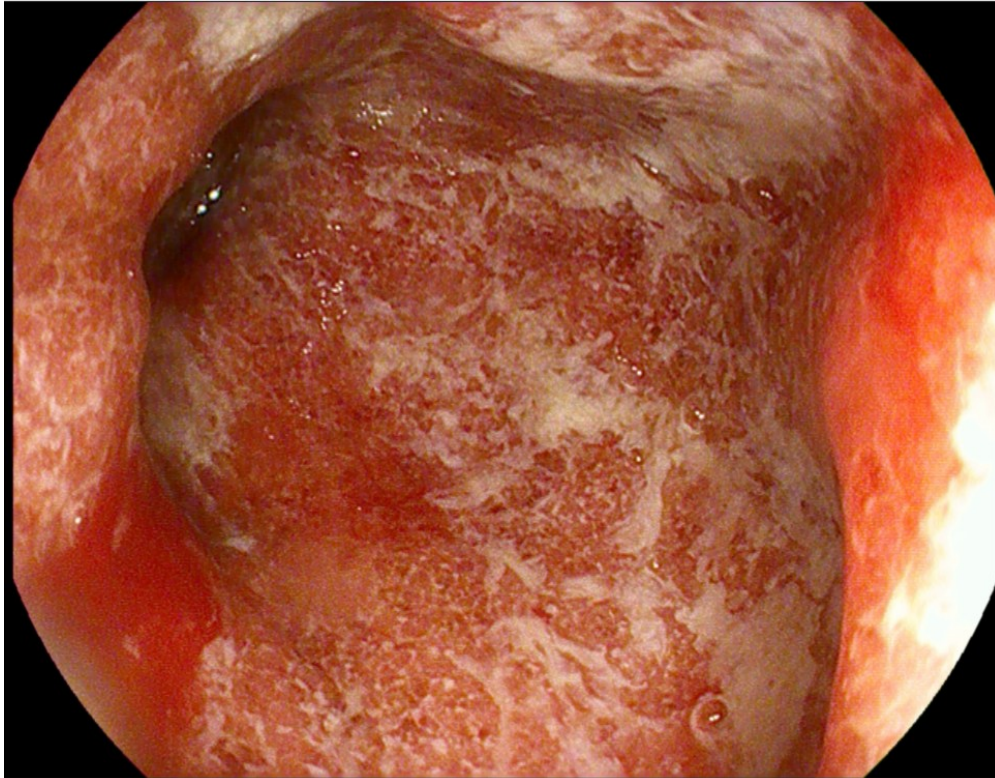
8. Vad gör du nu, och vilken behandling påbörjas redan första dygnet (2p)?

Inläggning, DT-buköversikt, sigmoideoskopi, odlingar, iv Betapred, LMWH, planerar för sigmoideoskopi och överväger CT buk. 0.5p/understruken åtgärd.

Avdrag (1p) för infliximab respektive tarmvila. Antibiotika accepteras men ger inte poäng.

Du lägger in Mona på vårdavdelning. Du ordinerar iv Betapred 4mg x 2 och Innohep 4500E som trombosprofylax. Du tar nya odlingar/PCR för fecespatogener och clostridier. Mona får äta och dricka som vanligt. Du väljer även att göra DT-buk: "Ingen fri gas i buk eller tarmvägg, pankolit-bild. Ingen väggförtjockning eller retning omkring tunntarmen. Inga patologiskt förstörade Igll, ingen abscess."

Dag 2 gör du även en oförberedd sigmoideoskopi, som visar följande hela vägen till vänster flexur:



Patientens sjukdomsutbredning har ökat från vänstersidig kolit till extensiv kolit.

9. Ungefär hur stor är risken för ökad sjukdomsutbredning inom 10 år från diagnos om man vid insjuknandet har proktit eller vänstersidig kolit (1p)?

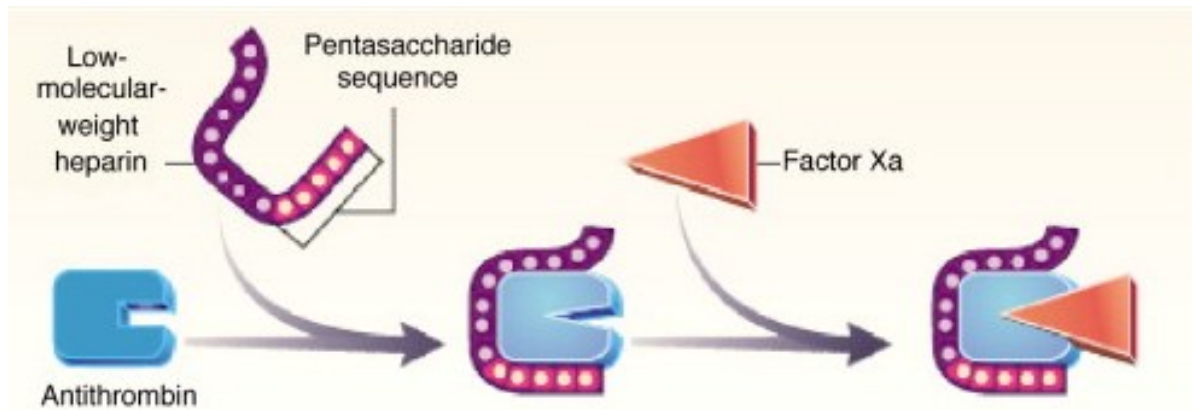
SVAR: 10-30%. 0.5p. Svar inom intervallet accepteras för poäng.

10. Hur många procent av patienter med akut svårt kolitskov blir kolektomerade inom 3 månader?
0.5p

SVAR: 15-25%. Svar inom intervallet accepteras för poäng.

11. Mona fick behandling med lågmolekylärt heparin (LMWH) för att minska risken för djup ventrombos. LMWH har en antitrombotisk verkan genom att binda till koagulationsenzymet A, som i sin tur inaktiverar koagulationsfaktor B. Vad står A och B för? 1p

Lågmolekylärt heparin binder till **antitrombin (eller ATIII)** som i komplex inaktiverar **(faktor) Xa** och i viss mån trombin (faktor IIa). Resultatet blir att koagulationskaskaden bromsas, fibrinbildning minskar och risken för blodproppsbildning reduceras. 0.5p/för antitrombin resp (faktor) Xa.



Efter knappt 3 dygns vård (inklusive i v betapred) mår Mona något bättre. CRP har sjunkit till 59. Odlingar negativa. Albumin 32. Patienten har dock fortsatt 12 blodiga diarréer per dygn.

12. Vad blir nästa steg i handläggningen? Ange även dosering om du ordinerar läkemedel 1.5p

Svar: *Du startar behandling med Infliximab 5 mg/kg. 0.5p för IFX, 0.5p för rätt dosering. Du kontaktar även kolorektalkirurg; informerar om att du påbörjar rescue-behandling med infliximab och ber kirurgen att komma till avdelningen och berätta hur en kolektomi går till. För 0.5p räcker att kontakt tas med kolorektalkirurg.*

Du startar behandling med Infliximab 5 mg/kg. Du informerar samtidigt kolorektalkirurgen om patienten och ber dem komma förbi för bedömning och information om hur en eventuell kolektomi går till.

Glädjande nog förbättras Mona fort efter att hon påbörjat Infliximab-behandling. Efter ytterligare några dagar skriver du ut henne med 5-ASA, prednisolon (40 mg) i nedtrappningsdosering och plan för ny infliximab-infusion om ungefär 2 veckor.

Kort efter utskrivningen har ni ST-seminarium om IBD-behandling. Du drar Monas fall för kollegiet och din överläkare påpekar då att du behöver komplettera behandlingen för att optimera chansen för varaktig förbättring.

13. Vilken behandling avser din överläkare, och vad är rationalen bakom rådet? 1p

Svar: Azatioprin ska ges parallellt med IFX för att minska immunogenitet och därmed risken för anti-drug-antikroppar (ADA). 0.5 p för azatioprin (eller annan tiopurin-variant) och 0.5p för korrekt anledning.

Din överläkare fortsätter att sprida kunskap under seminariet och ber dig även överväga en tids infektionsprofylax med eusaprim med tanke på patientens immunsuppression, och inte minst hennes höga kortsiondos.

14. Vilken *specifik* patogen ger eusaprim skydd mot i detta sammanhang? 0.5p

Svar: Pneumocystis (jirovecii), tidigare kallad Pneumocystis carinii, so annars kan ge en mycket allvarlig luftvägsinfektion. 0.5p för pneumocystis.

Du träffar Mona igen 5 månader senare på ett rutinbesök på mottagningen. Hon behandlas med infliximab var 8e vecka, tablett azatioprin 50 mg x 1 (mot ADA-utveckling) och peroralt 5-ASA och är glädjande nog i klinisk och biokemisk remission. Mona berättar att hon precis fått veta att hon är gravid! Hon undrar nu om medicinerina är OK att ta under fortsatt graviditet eller om hon gör bäst i att sluta. Hon undrar även hur stor risken är för att hennes barn också utvecklar IBD.

15. Vad svarar du om medicinfrågan, och hur motiverar du kortfattat detta utifrån Monas sjukdomshistoria och sjukdomsbild? 1p

Svar: Du rekommenderar henne att fortsätta med oförändrad behandling under graviditeten a) både eftersom henens läkemedel anses säkra för mor och foster och b) det dessutom föreligger stark indikation för fortsatt biologisk terapi eftersom det fortfarande är kort tid efter åstadkommen remission efter akut skov. 0.5p för rätt råd, 0.5p för korrekt motivering

16. Vilka försiktighetsåtgärder avseende vaccination bör vidtas för barnet efter födseln om du i svaret ovan valt att ha kvar Mona på behandlingen? 1p

Svar: Barnet bör inte vaccineras med levande vaccin under första levnadsåret, vilket innebär att man ska avstå BCG-vaccination under 12 månader samt avstå från rotavaccination. 0.5 p för levande vaccin + 0.5 p för 12 mån innan BCG-vaccination

Hos spädbarn som exponerats med IFX in utero har läkemedlet observerats i serum upp till 12 månaders ålder. Studier har inte kunnat visa att exponering påverkar infektionskänsligheten hos spädbarn (även om vissa studier antytt en sådan påverkan). Enstaka dödsfall från BCGit efter BCG-vaccination har beskrivits, där koppling till exponering för infliximab in utero inte kunde uteslutas. EMA rekommenderar därför att levande vaccin inte ska ges till barn förrän 12 månaders ålder.

17. Hur stor är livstids-risken för att barnet till en mamma med IBD också utvecklar sjukdomen (förutsatt att fadern inte har IBD)? 0.5p.

Svar: Risken att barnet ska drabbas av IBD någon gång under livet är ca 2-5% (såvida inte pappan också har IBD, då är risken betydligt högre). Poäng för svar inom intervallet. 0.5p

Bra jobbat med Mona! Lägg nu ner det sista bladet på golvet och fortsätta med andra uppgifter.