



LMF

Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer

Medisinsk behandling av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom

www.lmf norge.no



Landsforeningen mot Fordøyelsesykdommer, LMF, ble stiftet i november 1987 og er en landsdekkende pasientorganisasjon for pasienter med diagnosene Crohn's sykdom og ulcerøs kolitt (IBD), irritable tarm syndrom (IBS) og refluks. LMF har i dag ca 3200 medlemmer hvorav de fleste har IBD. Utover diagnoser har vi også tilbud til stomi- og IAA-opererte.

LMF jobber innenfor en rekke områder for å være det beste og mest oppdaterte tilbudet til våre medlemmer. Vi har egne likemannssamlinger for ungdommer to ganger årlig, familie-samlinger hvor barna har diagnoser innen IBD, og samlinger for voksne (nytt 2009). I tillegg arrangerer vi fordøyelsesseminarer rundt om i landet, med flere faglige foredrag innen medisinsk og kirurgisk behandling, stress-mestring, ernæring, økonomi/trykderettigheter etc. .

Foreningen utgir et eget medlemsblad, Fordøyelsen, som kommer ut 4 ganger årlig til våre medlemmer, sykehus og øvrig helsepersonell. Vi har flere brosjyrer som er informative både for pasienter og pårørende, og disse revideres jevnlig av faglig ekspertise. Vår nettside, www.lmf norge.no har mer enn 100.000 besøkende pr. år og siden redigeres daglig. Våre brosjyrer kan bl.a lastes ned fra nettsiden. Vår vakttelefon, 88 00 50 21 bemannes daglig, året rundt.

Som pasientorganisasjon er vi medlem av FFO og Unge Funksjonshemmede. Vi har etablert et godt samarbeid med våre nordiske søsterorganisasjoner og er medlem av den europeiske IBD-paraplyorganisasjonen EFCCA. Vårt ungdomsstyre deltar tilsvarende i EFCCA's ungdomsorganisasjon, EYG.

LMF jobber aktivt og selvstendig med innspill og påvirkning overfor offentlige myndigheter som Statens Legemiddelverk, Sosial- og helsedirektoratet, Helse og Omsorgsdepartementet, - i spørsmål som er av betydning for våre pasientgrupper, medisinsk eller på andre måter.

Samarbeide med europeiske IBD-organisasjoner, norske myndigheter, helsevesen, legemiddelindustrien, pressen og andre pasientorganisasjoner er med på å bringe LMF fremover slik at vi stadig kan være et oppdatert og sikkert tilbud til våre medlemmer.

Driften av LMF baserer seg på ca 150 tillitsvalgte som bruker en stor del av sin fritid til drift av foreningen lokalt og sentralt. Av den grunn kan vi opprettholde vårt aktivitetsnivå med en meget liten lønnet administrasjon.

Du kan lese mer om foreningen på vår nettside, www.lmf norge.no.

Med vennlig hilsen
Arne Schatten
Generalsekretær

INNHOOLD:

| | |
|--|----|
| Forord | 4 |
| Medisinsk behandling av inflammatorisk tarmsykdom (ulcerøs kolitt og Crohns sykdom) | 5 |
| 5-Aminosalisylsyreforbindelser | 6 |
| Mesalazin-preparater som klyster og stikkpiller | 7 |
| Bivirkninger av Mesalazin-preparater | 7 |
| Kortikosteroider | 8 |
| Behandling med kortikosteroider | 8 |
| Bivirkninger av kortikosteroider | 9 |
| Immunhemmende medikamenter | 9 |
| Imurel | 10 |
| Bivirkninger av Imurel | 10 |
| Metotreksat | 10 |
| Bivirkninger av metotreksat | 11 |
| Metronidazol | 11 |
| Bivirkninger av Metronidazol | 11 |
| Ciprofloksacin | 12 |
| Cyklosporin (Cy-A) | 12 |
| Biologiske legemidler | 12 |
| Remicade (infliximab) | 13 |
| Bivirkninger av Remicade | 13 |
| Humira (adalimumab) | 14 |
| Bivirkninger av Humira | 14 |
| Symptomdempende medikamenter | 15 |
| Smertestillende medikamenter | 15 |
| Vitamintilskudd | 15 |
| Mineraltilskudd | 15 |
| Medikamenter og operasjoner | 15 |
| Sykdomsaktivitet | 17 |
| Egne notater | 18 |
| Slik blir du medlem | 19 |

LMF retter en stor takk til:

Avdelingsoverlege dr. med. Jørgen Jahnsen, Oslo Universitetssykehus HF, Aker
Sykepleier Turid Bua, Oslo Universitetssykehus HF, Aker
Sykepleier Ellen Vogt, Diakonhjemmet sykehus
for arbeidet med redigering av denne brosjyre.



Forord

Det å få en kronisk fordøyelsessykdom er på mange måter vanskelig. Likeledes å være pårørende til pasienten. Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, LMF, utgir flere pasientbrosjyrer med medisinsk faglig innhold, samt mer generelt om hvordan takle hverdagen med diagnosen, både i forhold til dagliglivet, skole, jobb og på reiser.

LMF ønsker å sikre medlemmene korrekt informasjon om diagnosene, mulige årsaker, behandling og det å gjøre hverdagen enklere. Mange opplever en bedre livskvalitet når man vet å forholde seg til sin sykdom.

Brosjyrene må jevnlig redigeres når endringer i behandlingstilbud, nye medisiner etc skal være så oppdatert som mulig. Arbeidsutvalget og administrasjonen i LMF reviderer brosjyrene i nært samarbeid med faglig ekspertise.

Lenger bak i brosjyren kan du lese mer om hva LMF jobber med sentralt og lokalt.

LMF har ca 3300 medlemmer samt over 120.000 besøkende på vår nettside årlig. LMF-diskusjonsforum på nettet er antagelig Norges største diskusjonsforum. Aktiviteten på Forumet viser et stort behov for informasjon, samt et behov for en forening som ivaretar pasienten og pårørende på en god måte.

På våre medlemsmøter og seminarer gis det medisinske oppdateringer ved foredrag av faglig ekspertise. Sosialt samvær i pauser og etter møtene gir god kunnskap i diskusjoner og ved utveksling av erfaringer.

LMF takker Tillotts Pharma AB for økonomisk støtte til revidering og opptrykk av denne brosjyren!

Arne Schatten
generalsekretær

September 2009

Medisinsk behandling av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom

Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom er sykdommer med et meget individuelt varierende forløp, som livet igjennom framtrer i ulike faser og med vekslende symptomer. De fleste pasienter vil oppleve noen perioder med mye plager og andre perioder med få eller ingen symptomer.

Mål for medisinsk behandling:

- å redusere plager og symptomer av tarmsykdommen (oppnå klinisk remisjon)
- å bedre livskvalitet
- å normalisere tarmslimhinnen
- å forebygge komplikasjoner
- å redusere sykehusinnleggelses og kirurgi
- å unngå unødvendige bivirkninger
- å redusere kreftrisiko

Og for barn i tillegg

- sikre vekst
- seksuell modning

Inflammatorisk tarmsykdom kan ikke helbredes med medisiner. Ved medikamentell behandling prøver man å oppnå symptomlindring og kontroll av den inflammatoriske prosessen. Deretter gis som oftest vedlikeholdsbehandling for å opprettholde sykdomskontroll og forebygge tilbakefall.

Sykdomsaktivitet, sykdomstype og utbredningen av sykdommen i tarmen er forhold som er avgjørende for valg av behandling. I samtale med sykepleier eller lege vil pasientene gi opplysninger om sine symptomer og plager og dette danner grunnlaget for vurdering av aktiviteten av sykdommen og om det kan ha oppstått noen komplikasjoner. Blodprøver kan gi viktig tillegginformasjon. FeCal-testen (måling av eggehvitestoffet kalprotektin i avføringen) blir ofte brukt og er en viktig undersøkelse til å vurdere graden av inflammasjon. Forskjellige billeddiagnostiske undersøkelser som ultralyd (UL), computer tomografi (CT) og magnetisk resonans skanning (MR) benyttes i tillegg til endoskopi for å kartlegge forholdene best mulig for at pasienten skal få den optimale behandling.



Videre gis en omtale av de ulike legemidler vi i dag har til rådighet i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom.

5-Aminosalisylsyreforbindelser

Sulfasalazin , mesalazin , olsalazin , balsalazid

5-Aminosalisylsyre (5-ASA = mesalazin) er den aktive substansen i alle disse medikamentene. Virkningsmekanismen er ikke fullstendig klarlagt, men 5-ASA virker antiinflammatorisk lokalt i tarmslimhinnen. Medikamentene frigjøres ulike steder i tarmen.

- Sulfasalazin (Salazopyrin) er en forbindelse av 5-ASA og sulfapyridin, som spaltes av tarmbakterier, hovedsakelig i tykktarmen. Sulfapyridin er årsak til de fleste bivirkningene av sulfasalazin.
- Mesalazin = 5-ASA. Asacol, Mesasal og Pentasa er rene mesalazin preparater. De er fremstilt slik at den aktive substans frigjøres ulike steder i tarmen.
- Olsalazin (Dipentum) er en forbindelse av to molekyler 5-ASA, som spaltes i tykktarmen.
- Balsalazid (Colazid) er mesalazin bundet til et bærermolekyl. Spaltes i tykktarmen.

Disse preparatene er førstevalget i behandlingen av ulcerøs kolitt med mild til moderat sykdomsaktivitet. Salazopyrin har vært lengst i bruk, men benyttes nok nå i mindre grad enn tidligere ettersom det er flere bivirkninger knyttet til dette medikamentet sammenlignet med de andre medikamentene som er nevnt. Generelt sett har 5-ASA preparater få og relativt uskyldige bivirkninger. De kan gis som tabletter, stikkpiller eller klystér. Vanlig startdose har vært ca. 2 g. pr. dag, men det kan oppnås raskere kontroll over sykdommen ved å øke den daglige dosen til opp mod 4 g. Hele døgndosen kan evt. tas en gang om dagen. I tillegg kan det av og til være gunstig å supplere tabletter med stikkpiller eller klystér. Hvis betennelsen er begrenset til endetarmen bør man først forsøke bare lokalbehandling med stikkpiller eller klystér, og dersom det gir effekt anbefales det at behandlingen fortsetter i ca. 4 uker. Det er vist at Salazopyrin og 5-ASA preparater forebygger tilbakefall av ulcerøs kolitt som er i en rolig fase og disse medikamentene brukes derfor som vedlikeholdsbehandling dvs. en behandling som strekker seg over mange år, kanskje livslangt. En daglig dose på ca. 2 g. er

vanligvis tilstrekkelig i denne situasjonen. Noen pasienter med ulcerøs kolitt har en økt risiko for å få kreft i tykktarmen. Det er nå klare holdepunkter for at 5-ASA kan forebygge en slik utvikling.

Mange pasienter med Crohnsykdom får i dag behandling med mesalazin-preparater selv om effekten av disse medikamentene er dårlig dokumentert ved Crohns sykdom. Dette gjelder både ved aktiv sykdom og som vedlikeholdsbehandling for å forebygge tilbakefall.

Mesalazin-preparater som klyster og stikkpiller

Asacol og Pentasa finnes som klyster og stikkpiller og Mesasal og Salazopyrin som stikkpiller. Preparatene anvendes for lokal behandling i endetarmen og nederste del av tykktarmen, og de synes å være mer effektive enn kortikosteroider til lokal bruk.

Bivirkninger av mesalazin-preparater

Her må man skille mellom de preparatgruppene som er nevnt nedenfor:

Salazopyrin: Et stort antall (15-20%) av pasientene får sjenerende bivirkninger som vanligvis opptrer i løpet av de første ukene av behandlingen og består av: kvalme, oppkast, magesmerter, hodepine, depresjoner, ledd- og muskelsmerter, ødeleggelse av røde blodlegemer (hemolyse), feber, lymfeknutesvulst, hudutslett (f.eks. elveblest), nedsatt antall hvite blodlegemer og påvirkning av lever, bukspyttkjertel eller hjerte (sjelden). Nesten alle menn som bruker Salazopyrin får dårligere sædkvalitet, som kan føre til hel eller delvis sterilitet mens de tar preparatet. Dette normaliseres når man stopper med medisinen.

Dipentum: Tåles godt. De vanligste bivirkningene er diaré, kvalme, mavesmerter og sure oppstøt. Diaré kan unngås ved å ta medikamentet i forbindelse med et måltid.

Colazid: Tåles også godt. Hyppigste bivirkninger her er mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast og hodepine.

Asacol, Mesasal og Pentasa: Disse medikamentene tåles også godt. Her er de vanligste bivirkningene hodepine, kvalme, mavesmerter, luftplager, diaré og utslett.



Noen ganske få pasienter reagerer på mesalazin-preparater, og kan da få de samme bivirkningene som ses med Salazopyrin som er omtalt under Salazopyrin-bivirkningene. Det er imidlertid ingenting som tyder på at Asacol, Dipentum, Mesasal eller Pentasa påvirker menns sædkvalitet. Mesalazin kan brukes under graviditet og amming.

Det er noe usikkert om mesalazin-preparater kan gi nyreskade. Under pågående behandling bør nyrefunksjonen kontrolleres en gang årlig med en blodprøve.

Kortikosteroider

Prednison, Prednisolon, Entocort.

Kortikosteroider, eller binyrebarkhormoner, produseres av alle mennesker i et visst omfang. Menneskets binyrer produserer kortisol = hydrokortison (som tilsvarer 5-7,5 mg Prednisolon pr dag). Kortisol er et livsviktig hormon, og det finnes sykdommer der menneskets kortisolproduksjon er for lavt (Addisons sykdom), og andre, der kortisonproduksjonen er for høyt (Cushings sykdom). Når man behandler en pasient med kortikosteroider oppstår mange av de samme symptomene, som forekommer hos pasienter med Cushings sykdom, fordi det ved steroidbehandling brukes større doser enn tilsvarende den normale produksjonen i binyrene.

Kortisol og andre kortikosteroider påvirker blodtrykket, saltstoffsiftet, blodsukker-reguleringen og kalkstoffsiftet. Ved inntak av større mengder kortikosteroider over lengre tid, hemmes produksjonen av kortisol i binyrene. Pasienter som har fått langvarig behandling med kortikosteroider skal derfor gradvis trappe ned behandlingen, slik at binyrene igjen kan komme i gang med egenproduksjon av kortisol. Ved konkurranseidrett kan inntak av kortikosteroider føre til en positiv dopingtest. Snakk med legen om dette problemet.

Behandling med kortikosteroider

Kortikosteroider er effektivt ved aktiv inflammatorisk tarmsykdom uansett hvor sykdommen er lokalisert og har i mange år hatt en sentral rolle i den medisinske behandlingen. Et stort flertall av pasientene som blir behandlet med kortikosteroider opplever rask bedring av tarmsymptomene. Imidlertid er

det mange bivirkninger knyttet til kortikosteroider, særlig ved bruk over lengre tid. Som hovedregel bør dosen være så lav som mulig. Kortikosteroider brukes kun ved aktiv sykdom og ikke som vedlikeholdsbehandling. Det anbefales at behandlingen startes av spesialist og kortikosteroider bør kun gis som en kur i et begrenset tidsrom, 3-4 måneder. Ved oppstart gis ofte Prednisolon 40 mg daglig i 1-2 uker. Derneft gradvis dosereduksjon med 5 mg/uke. Behandlingsvarighet må individualiseres avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsrespons. Når tarmsykdommen er så alvorlig at det er påkrevet med sykehusinnleggelse, blir det som oftest gitt intravenøs behandling med kortikosteroider. Budesonid (Entocort) er tilgjengelig som depotkapsler for kontrollert frisetting av aktivt kortikosteroid i nederste del av tynntarmen og tilstødende del av tykktarmen (terminale ileum og kolon ascendens). Legemidlet er et alternativ ved Crohns sykdom lokalisert til denne delen av tarmen og det er ganske vanlig. Startdosering er 9 mg, daglig og gradvis nedtrapping før behandlingsstopp. Lokalbehandling med kortikosteroider administrert som klyster eller skum, er ofte tilstrekkelig når sykdommen er begrenset til endetarmen og nederste del av tykktarmen. Kortikosteroid-preparater til lokalbehandling er Colifoam, Entocort eller Predclysma.

Bivirkninger av kortikosteroider

Behandling med kortikosteroider medfører vanligvis en rekke bivirkninger. På kort sikt omfatter disse: væskeopphopning i kroppen med hovne ankler og vektøkning, økt appetitt, måneansikt, blodtrykksforhøyelse, stigning i blodsukker, økt hårvekst, søvnproblemer og humørsvingninger med oppstemthet eller depresjon. Langvarig bruk gir økt risiko for infeksjoner, strekkmerker i huden som følge av svekket styrke av bindevevet, skjøre blodårer med hudblødninger (blå merker), avkalkning av skjelettet (beinskjørhet) med økt risiko for beinbrudd og grå stær (katarakt). Budesonid (Entocort) virker lokalt i tarmen. Deretter nedbrytes medikamentet i leveren før det når ut i resten av kroppen. Som følge av dette har budesonid langt færre bivirkninger enn Prednison/Prednisolon.

Immunhemmende medikamenter

Innen gruppen som omtales som immunhemmende medikamenter er det følgende 2 preparater som brukes i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom:

- Azathioprin (Imurel)
- Metotreksat



Imurel

Imurel blir ofte brukt i behandling av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Vanlig dosering er 2,5 mg/kg kroppsvekt. Effekten av Imurel inntre som regel først etter noe tid, vanligvis innen 3 måneder. Virkning på inflammasjonsprosessen og symptomene kan ikke med sikkerhet avgjøres før behandlingen har vart i minst 4 måneder. Imurel blir brukt av pasienter som ikke har hatt ønsket effekt av kortikosteroider eller har problemer med å stoppe behandlingen med kortikosteroider. Målet er å gradvis stoppe med kortikosteroider uten at sykdommen blusser opp igjen. Det anbefales deretter å fortsette med Imurel i minst 5 år. Imurel brukes også som tilleggsbehandling til TNF α -hemmere (se biologisk behandling side 12).

Ved behandlingsstart med Imurel tas det hyppig blodprøver den første tiden for å oppdage en eventuell uheldig påvirkning på beinmargen og spesielt dannelsen av de hvite blodlegmene. Under pågående behandling bør det tas en blodprøve kontroll hver 3 måned.

Bivirkninger av Imurel

Imurel gir ofte bivirkninger. En del pasienter kan reagere med hudutslett, feber leddsmarter, generell sykdomsfølelse, kvalme og oppkast. Noen få pasienter får akutt bukspyttkjertelbetennelse med magesmerter, kvalme, oppkast og kanskje feber, leverpåvirkning og eventuelt gulsott (ikterus). Disse symptomene forsvinner raskt når man slutter å ta medikament. Den immundempende effekten av Imurel viser seg blant annet ved at antallet hvite blodlegemer reduseres. Dette kan medføre en økt risiko for infeksjoner. Ved symptomer på halsbetennelse eller lungebetennelse, eller bare feber, skal man oppsøke lege.

Det er mulig at behandling med Imurel gir økt risiko for utvikling av lymfom (kreft i lymfesystemet), men dette er omdiskutert. Imurel kan trygt brukes i forbindelse med svangerskap og amming. Menn som ønsker å få barn kan også behandles med Imurel.

Metotreksat

Metotreksat er et immunhemmende medikament som inngår i rutinebehandlingen

av leddgikt. Metotreksat er også virksomt ved Crohns sykdom og benyttes vanligvis når Imurel ikke tolereres eller effekten på tarmsykdommen uteblir. Ved Crohns sykdom bør metotreksat gis som injeksjon under huden eller i en muskel en gang i uken. Dette kan pasientene læres opp til å gjøre selv. Vanlig doseringen er 25 mg/uke første 6 månedene og deretter 15mg/uke. Det skal samtidig gis Folinisyre 5 mg. pr. uke for å redusere bivirkningene. Metotreksat har ikke sikker dokumentert effekt ved ulcerøs kolitt.

Bivirkninger av metotreksat

Det kan forekomme leverpåvirkning, økt dannelse av bindevev i lungene, hudutslett, generell sykdomsfølelse og kvalme/oppkast. Kvinner og menn med barneønske må ikke behandles med metotreksat og det må benyttes sikker prevensjon under pågående behandling.

Metronidazol (Flagyl)

Metronidazol er et antibiotikum som også har en effekt på Crohns sykdom. Imidlertid brukes metronidazol først og fremst ved kompliserende Crohns sykdom med fistler. En fistel er en unaturlig gang eller kanal mellom ulike tarmavsnitt, tarm og hud, skjede eller hulrom i kroppen, som for eksempel urinblære, eller den kan ende blindt i omliggende vev. Sekret og tarm- innhold siver fra tarmen gjennom fistelen til dens utløp eller ende. Metronidazol blir også brukt ved en tilstand som omtales som ”bakteriell overvekst” i tynntarmen. Dette kan oppstå hos pasienter med Crohns sykdom som følge av endrede passasjeforhold i fordøyelseskanalen og medfører ubehagelige luftplager og evt. diaré.

Bivirkninger av Metronidazol

Inntak av alkohol samtidig med metronidazol kan medføre en ubehagelig antabuslignende reaksjon, med hjertebank, uro, svette og allmennt ubehag. Påvirkning av smakssansen med ”metallsmak” i munnen er en meget vanlig bivirkning. Ved langvarig bruk av metronidazol er det en del pasienter som får nevropati. Dette arter seg som en prikkende og sovende fornemmelse i hender og føtter. Symptomene forsvinner når behandlingen avsluttes, men det kan ta lang tid.



Ciprofloksacin (Ciproxin)

Ciproxin er også et antibiotikum som ofte brukes i behandlingen av kompliserende Crohns sykdom med fistler.

Cyklosporin

Cyklosporin er et immunhemmende medikament som kan benyttes ved alvorlig, fullminant ulcerøs kolitt, men etter at behandling med infliximab (se side 13) er blitt innført blir cyklosporin sjeldent brukt. Det er rapportert alvorlige komplikasjoner knyttet til behandling med cyklosporin.

Biologiske legemidler

De siste årene er biologiske legemidler tatt i bruk i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom. Legemidlene er utviklet fra organisk materiale og er bygget opp på samme måte som antistoffer i vår egen kropp. De er virksomme ved å blokkere spesifikke molekylære trinn som antas å være viktige i sykdomsutviklingen. Tumornekrosefaktor-alfa (TNF α) er et såkalt proinflammatorisk cytokin, med en sentral rolle i den inflammatoriske prosess som finner sted i tarmen, både ved ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Legemidler som hemmer eller blokkerer virkningen av dette cytokinet har vist seg å ha effekt ved inflammatorisk tarmsykdom. Pr i dag finnes det fire TNF α -hemmere som alle virker på TNF α gjennom ulike mekanismer, men det er kun Remicade (infliximab) og Humira (adalimumab) som er godkjent for bruk i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom i Norge. TNF α -hemmere blir gitt til pasienter med moderat til alvorlig Crohns sykdom og ulcerøs kolitt, hvor behandlingen med kortikosteroider og/eller immunhemmende medikamenter svikter. I tillegg til klare og uttalte symptomer og kliniske tegn må det ved behandlingsstart være sikker objektiv dokumentasjon på at sykdommen er aktiv. Dvs. tydelige forandringer ved endoskopisk undersøkelse av tarmen, forhøyet FeCal-test og/eller forhøyet CRP verdi. Samtidig infeksjon må utelukkes og spesielt viktig er det å utelukke en latent tuberkulose. Dette gjøres med Mantoux test og/eller kvantiferontest (blodprøve) og et røntgenbilde av brystet (rtg. thorax). Det er beskrevet flere tilfeller med alvorlige infeksjoner hos pasienter som får behandling med TNF α -hemmere, blant annet infeksjoner med mikroorganismer som vanligvis ikke gir sykdom hos mennesker. Dette har sammenheng med disse medikamentenes påvirkning på vårt immunsystem. En annen fryktet komplikasjon

er utvikling av kreft og da spesielt lymfom (lymfekreft). Imidlertid er det så langt usikkert om behandling med TNF α -hemmere gir økt risiko for kreftsykdom.

Et flertall av pasientene som får behandling med TNF α -hemmere opplever rask symptomlindring og sykdomskontroll som kan opprettholdes med et fast behandlingsregime. Hos mange pasienter har man sett at tarmslimhinnen blir helt normal etter noe tid og det er grunn til å tro at dette kan føre til endret sykdomsforløp, slik at det ikke oppstår fisteldannelse, strikturer og andre komplikasjoner som kan nødvendiggjøre sykehusinnleggelse og operasjon.

Remicade

Remicade (infliximab) er den første TNF α -hemmeren som ble tatt i bruk i behandlingen av inflammatorisk tarmsykdom og er nå godkjent for både Crohns sykdom og ulcerøs kolitt. Medikamentet gis inntavenøst, dvs. som infusjon direkte i en blodåre. Anbefalt behandlingsregime er oppstartsbehandling med en infusjon uke 0, 2 og 6 og deretter en ny infusjon hver 8 uke. Remicade har også vist seg å ha effekt ved fistelsykdom og kan få disse til å tilhele og lukke seg. Vanligvis kombineres Remicade med et immunhemmende medikament (Imurel/metotreksat). Dette gir økt effekt og forebygger dannelse av antistoffer mot Remicade noe som igjen er viktig for at effekten på tarmsykdommen opprettholdes ved lang tids bruk. Imidlertid kan kombinasjonsbehandlingen medføre en økt risiko for bivirkninger.

Bivirkninger ved Remicade

Det kan oppstå rødme og kløe i armen der infusjonen blir gitt. Noen få pasienter får infusjonsreaksjoner. Symptomene melder seg som regel umiddelbart etter at en infusjon er igangsatt og er: klem i bryst, pustebesvær, svimmelhet, samt utslett med hevelse og rødme av huden ledsaget av kløe. Senreaksjoner kan komme 3-10 dager etter en infusjon med feber, hodepine, kvalme, smerter i ledd og muskulatur og rødme av huden med forskjellig lokalisasjon. Alminnelige infeksjoner som forkjølelse, halsbetennelse, bihulebetennelse, lungebetennelse mfl., forekommer litt hyppigere blant pasienter som får behandling med Remicade.



Humira

Humira (adalimumab) er godkjent for behandling av Crohns sykdom og synes å ha effekt på fistler, men er foreløpig ikke godkjent for denne indikasjonen. Det pågår undersøkelser for å se om Humira også har virkning ved ulcerøs kolitt. Medikamentet sprøytes inn under huden (subkutan injeksjon) og dette kan pasientene læres opp til å administrere selv. Anbefalt dosering er 40 mg hver annen uke etter at det er gitt en startdose på 80 mg. Tilleggs effekt av kombinasjonsbehandling med Humira er ikke dokumentert. Humira blir derfor vanligvis gitt som monoterapi dvs. uten samtidig et immunhemmende medikament (Imurel/metotreksat) eller kortikosteroider.

Bivirkninger ved Humira

Rødme, hevelse og kløe på innstikksstedet forekommer. Pasienter som behandles med Humira synes å ha en økt hyppighet av alminnelige infeksjoner som forkjølelse, halsbetennelse, bihulebetennelse og lungebetennelse.

Symptomdempende medikamenter

Denne gruppen preparater har mange pasienter stor nytte av, men de virker ikke på selve betennelsesprosessen, bare på symptomene.

Stoppende legemidler

Med dette menes preparater som reduserer antall avføringer. Fiber, linfrø, loppfrø m.m. virker ved sin evne til å binde vann. Virkningen inntrer langsomt. Loperamid (Imodium) er et peristaltikkhemmende medikament dvs. påvirker bevegeligheten i tarmen og dermed passasjen. De kraftigst virkende stoppende midlene er opium/morfinpreparater. Opium og kodein kan gis i form av dråper/saft eller tabletter. Kolestyramin (Questran, Lestid,) virker diaréstoppende hos pasienter som har gallesyrediaré. Dette er diaré som oppstår på grunn av manglende opptak av gallesyrer nederst i tynntarmen fordi denne del av tarmen er syk eller fjernet ved operasjon. Gallesyrer virker som avføringsmiddel på tykktarmen. Derfor er det bare pasienter med bevart tykktarm som har nytte av kolestyramin. Stoppende midler skal brukes med varsomhet av pasienter med ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom og kun etter samråd med legen.

Smertestillende medikamenter

I perioder kan det være nødvendig å bruke smertestillende medikamenter, men et vedvarende forbruk må frarådes. Mange av de smertestillende medikamentene kan gi bivirkninger, og med preparater i morfingruppen er der en stor tilvenningsrisiko og dermed også avhengighetsproblemer.

De ikke-steroid-antiinflammatoriske medikamentene (NSAID), som ofte brukes ved muskel- og skjelettplager, kan gi mavesår og blødning. NSAID preparater kan også forårsake at inflammatorisk tarmsykdom blusser opp eller forverres. Eksempler på NSAID preparater er : Ibuprofen, Ibux, Naprosyn, Voltaren osv.

Vitamintilskudd

Det kan være hensiktsmessig for alle pasienter å ta en multivitamin-tablett daglig. Legen kan undersøke om ytterligere vitamintilskudd er nødvendige: D-vitamin, K-vitamin og vitamin B-12 samt folinsyre er aktuelle vitaminer i den sammenheng.

Mineraltilskudd

Mange pasienter og kanskje spesielt pasienter med Crohns sykdom, har i perioder behov for ekstra tilskudd av jern, kalk, magnesium, kalium og natrium. Spesielle problemer knytter seg til jernmangel. Mange pasienter opplever at de blir dårligere av jerntabletter og det er påvist at jerntabletter kan få betennelsen i tarmslimhinnen til å blusse opp. Jern kan tilføres kroppen som infusjon i en blodåre og denne behandlingsmåten er å foretrekke hos de fleste pasientene med jernmangel. Salttapet kan være meget stort hos pasienter med ileostomi (tynntarmen er lagt ut på magen, f.eks. hos pasienter med ulcerøs kolitt som har fått fjernet tykktarmen) og tilskudd av natrium (koksalt) kan derfor være viktig hos disse pasientene.

Medikamenter og operasjoner

Kortikosteroider (Prednison, Prednisolon) har en negativ innflytelse ved en operasjon. Det er derfor viktig at pasienten trapper ned bruken av kortikosteroider før operasjonen. Kortikosteroider øker risikoen for betennelse i sår og bukhule etter en operasjon. I tillegg hemmer kortikosteroider tilhelingen av sår og medfører derfor en økt risiko for alvorlige komplikasjoner som lekkasje fra tarmskjøten.



Hvis en pasient får behandling med store doser steroider og operasjonen ikke kan utsettes, vil det i de fleste tilfeller være tilrådelig å anlegge en midlertidig stomi. Etter operasjonen kan steroidbehandlingen gradvis avsluttes og etter noen måneder uten steroider, kan man foreta en ny operasjon og sy tarmen sammen igjen.

Sykdomsaktivitet

Ut fra symptomer og legeundersøkelse kan det gjøres en bestemmelse av sykdomsaktivitet for ulcerøs kolitt og Crohns sykdom som igjen er med på å danne grunnlaget for den medisinske behandlingen

Ulcerøs kolitt

Mild

≤ 4 løse avføringer pr døgn

Avføringen er av og til er tilblandet med blod og/eller puss

Som oftest upåvirket allmenntilstand

Ingen systemsymptomer (f.eks feber, rask puls, lav blodprosent eller vekttap)

Moderat

>4 løse avføringer pr døgn

Ofte synlig blod og/eller puss i avføringen

Lett påvirket allmenntilstand

Evt. lette systemsymptomer (f.eks feber, rask puls, lav blodprosent eller vekttap)

Alvorlig

> 6 løse og blodige avføringer pr døgn (ofte på natten)

Av og til bare blod og puss

Redusert allmenntilstand

Systemsymptomer (f.eks feber, rask puls, lav blodprosent eller vekttap)

Crohns sykdom

Mild

< 4 løse avføringer pr døgn

Ingen eller lette magesmerter

Ikke eller lett påvirket allmenntilstand

Ingen systemsymptomer (f.eks feber, rask puls, lav blodprosent eller vekttap)

Moderat

>4 løse avføringer pr døgn

Lette eller moderate magesmerter



Slik blir du medlem



LANDSFORENINGEN MOT FORDØYELSESSYKDOMMER

www.lmf norge.no – Kontakttelefon: 88 00 50 21 / 88 00 50 31

e-post org.sekr: lmf.sekr@online.no tlf: 995 74 739

og e-post generalsekretær: lmf norge@online.no tlf: 413 38 916

Hvorfor bli medlem?

- Mulighet for å treffe andre og dele dine erfaringer i en av våre 18 lokalforeninger
- Medlemsbladet Fordøyelsen
- Møter med foredrag om aktuelle emner
- Egne tiltak for ungdom og foreldre med syke barn
- LMF er tilsluttet FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, og EFCCA – European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations



Sendes i konvolutt til:

Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer, C/O FFO smågruppesekretariatet,
PB. 4568 Nydalen, 0404 Oslo

Jeg ønsker medlemskap i Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer (LMF):

Kontingenten for 2009 kr. 220,- Familiemedlemskap kr. kr. 330,-

Navn:

Adresse:

Postnr: Poststed: Fylke

Tlf: e-post:

F.mnd/år: Mann Kvinne

Frivillig opplysning diagonose:



Vi er til for deg!

www.lmf norge.no



www.tillottsnordic.com