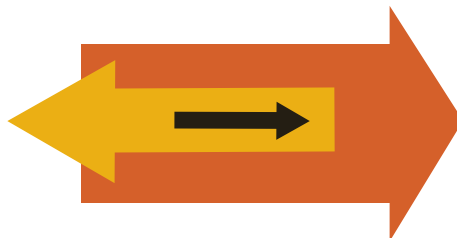


Riktlinjer täcker inte behandlingsbehov för alla med inflammatorisk tarmsjukdom

Aktuella riktlinjer täcker inte behovet hos patienter med svårbehandlad inflammatorisk tarmsjukdom, IBD. Leukocytaferesbehandling är omdiskuterad, men goda erfarenheter finns. Sådan behandling bör dock förläggas till särskilda centra.



För några patientkategorier med inflammatorisk tarmsjukdom saknas för närvarande behandlingsriktlinjer. Illustration: Airi Illeste

Nyligen publicerade riktlinjer från den europeiska organisationen ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) [1, 2] och Svensk gastroenterologisk förening [3] ger evidensbaserade råd i behandlingen av patienter med ulcerös kolit och Crohns sjukdom. De ger, med väldokumenterade läkemedel och moderna riktlinjer för kirurgisk intervention, möjlighet att uppnå tillfredsställande resultat hos flertalet patienter.

Men för några patientkategorier saknas för närvarande riktlinjer. Oklarheter kvarstår bland annat om hur man kan ersätta icke önskvärd steroidbehandling vid den in-

ledande behandlingen av svår inflammation.

Dessutom leder TNF-antikroppar inte till remission eller övertygande förbättring för alla patienter. Hos dem som svarat på behandlingen är varaktigheten av effekten inte heller säkert känd.

En annan grupp som saknar behandlingsriktlinjer är de som inte tolererar de läkemedel som står till buds.

För den lilla gruppen patienter utan tillfredsställande behandlingssvar eller intolerans mot ett eller flera antiinflammatoriska läkemedel är det den behandlande läkarens ansvar att i samråd med patienten pröva de framkomliga vägar som finns. Innan dess ska väldokumenterade behandlingsprinciper ha använts på korrekt sätt. Detta inbegriper optimal läkemedelsdos under tillräckligt lång tid och adekvat ställningstagande till kurativt eller symtomatiskt inriktad kirurgisk behandling.

En omdiskuterad möjlighet hos patienter där optimal etablerad behandling inte gett avsedd effekt är leukocytaferesbehandling. I en nyligen utgiven rapport från SBU [4] understryks att metoden saknar dokumenterad effekt i välkontrollerade studier.

Samtidigt finns lovande indikationer i mindre studier och hos vissa patienter. Det finns också i klinisk praxis

positiva erfarenheter av leukocytaferesbehandling.

Både ulcerös kolit och Crohns sjukdom är heterogena sjukdomsgrupper med svår förutsägbart och variabelt sjukdomsförlopp. Det är därför inte överraskande att behandlingsstudier baserade på heterogena patientpopulationer också ger varierande utfall.

Sannolikt kommer vi i framtiden att kunna karakterisera patienterna med utgångspunkt från patofysiologiska markörer [5], och därmed bättre än nu få förutsättningar för att välja rätt behandling till varje enskild patient redan från början.

Då blir också möjligheterna större att förklara övertygande behandlingseffekter på enstaka patienter trots bristande effekter på populationer av patienter. Exempel på sådana behandlingseffekter är 5-ASA vid Crohns sjukdom och Adacolumnbehandling.

Vi anser att behandling med leukocytaferes bygger på en biologiskt intressant och plausibel princip, är säker och att det finns erfarenhet på olika håll av goda effekter hos vissa patienter.

Det kan därför vara rimligt att leukocytaferesbehandling erbjuds som en möjlighet till patienter där andra bättre dokumenterade behandlingsmöjligheter uttömts och där kirurgisk behandling inte är något alternativ.

Sådan behandling bör dock

centraliseras till enheter med stor erfarenhet av behandling av inflammatorisk tarmsjukdom, IBD (inflammatory bowel disease), så att förutsättningar finns att bedöma om annan behandling optimerats innan beslut om leukocytaferesbehandling tas.

Dessa centra bör även få ansvar för att delta i fortsatta kontrollerade behandlingsstudier och föra register över sina behandlade patienter så att på sikt säkra slutsatser kan dras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Stefan Lindgren har erhållit föreläsararvode och forskningsanslag från Schering-Plough och Abbott. Per Karlén har erhållit föreläsararvode från Otisula.*

REFERENSER

1. Travis SPL, Stange EF, Lémann M, Øresland T, Bemelman WA, Chowers Y, et al. European evidence-based consensus on the management of ulcerative colitis: current management. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2008;2:24-62.
2. Travis SP, Stange EF, Lémann M, Øresland T, Chowers Y, Forbes A, et al. European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *Gut*. 2006; 55 Suppl 1:i16-35.
3. Tema kronisk tarminflammation. *Läkartidningen*. 2009;106:2972-3015.
4. Leukocytaferes vid inflammatorisk tarmsjukdom, främst ulcerös kolit. Stockholm: SBU; 2009. SBU alert rapport nr 2009-02. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Leukocytaferes-vid-inflammatorisk-tarmsjukdom-framst-ulceros-kolit/>
5. Abraham C, Cho JH. Mechanisms of disease: Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2009;361:2066-78.



STEFAN LINDGREN
professor, överläkare, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, sektionen för gastroenterologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Stefan.Lindgren@med.lu.se



MIKAEL LÖRDAL
med dr, överläkare, Gastrocentrum medicin, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge



PER KARLÉN
med dr, överläkare, sektionen för gastroenterologi och hepatologi, verksamhetsområde internmedicin, Södersjukhuset, Stockholm