
	Gastroenterologi og hepatologi, OUH Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: 
	Mikroskopisk colitis				
Dokumentbrugere: OUH /Gastroen/ODE/Læge Læseadgang: Alle	Forfatter: Jens Kjeldsen	Dokumentansvarlig: OUH /Gastroen/ODE/Afd. led	DokumentID / Dokumentnr. 72500 /	Version: 2.2	Retningslinje Godkendt af: Benedicte Vibjerg Wilson 18.08.2022

- 1) **Formål**
 - 1.1) **Anvendelsesområde**
- 2) **Fremgangsmåde**
 - 2.1) **Baggrund**
 - 2.2) **Definitioner**
 - 2.3) **Fremgangsmåde**
- 3) **Dokumentation**
 - 3.1) **Dokumentation af aktivitet**
 - 3.2) **Indikatorer**
 - 3.3) **Udarbejdet af**
- 4) **Referencer og litteratur**
- 5) **Evidensbasering**

1) Formål

At sikre ensartet evidensbaseret faglig kvalitet i behandlingen af patienter med mikroskopisk colitis (MC).

1.1) Anvendelsesområde

Læger, der er involveret i patientbehandling på Afdeling for Medicinske Mave-tarmsygdomme S.

2) Fremgangsmåde

2.1) Baggrund

2.2) Definitioner

- Mikroskopisk colitis er en samlet betegnelse for kollagen colitis (KC) og lymfocytær colitis (LC).
- Er årsag til kronisk vandig (sekretorisk) diaré uden blødning hvor endoskopiske eller røntgenologiske forandringer i colon ikke kan påvises.

2.3) Fremgangsmåde

Epidemiologi:

- Prævalens: Ca. 103/100.000. De senest opgjorte danske incidenser: 10.8/100.000 per år for KC og 6.7/100.000 per år for LC. Middelalder for symptomdebut for MC er 65 år. Kvinde til mand ratio er 7:1 for KC og 2:1 for LC.

Ætiologi/patogenese:

- Uafklaret, følgende foreslået: Immunologisk reaktion på luminalt agens, genetiske årsager (HLA), mikrobiologi (Cl. Difficile, yersinia, campylobacter), fødevareantigen, medicininduceret (NSAID, ASA, PPI, statiner, SSRI), galdesyremalabsorption, rygning er en risikofaktor; OR 2.4 (1.5-3.8) for KC & 1.6 (1.0-2.5) for LC. Histologisk overlap af de to former er observeret, og der er formentlig en større gruppe med overlappede histologi.

Symptomatologi:

- Diaré (ofte meget hyppige afføringer), natlige afføringer (27%), mavesmerter (41%), meteorisme (12%), træthed (21%), vægttab (42%)
- Co-morbiditet (ofte autoimmune): Reumatoid arthritis (10%), thyroidealidelser (9%), cøliaki (8%), astma/allergi (6%) og diabetes mellitus (5%).
- Diagnosen mikroskopisk colitis bør overvejes blandt patienter med cøliaki, der har diaré trods glutenfri kost.

Diagnose/udbredning:

- Ved mistanke foretages sigmoideoskopi eller koloskopi (blandt mange patienter vil koloskopi være indiceret – symptomer, alder, udelukkelse af anden patologi) med biopsier fra undersøgte tarmafsnit.
- Højeste forekomst af positive fund opnås i biopsier fra colon transversum.
- MC er usandsynlig ved fund af normal histologi ved koloskopi. Ved mikroskopisk uspecifik inflammation kan der være tale om inkomplet MC, hvor behandling kan være indiceret på trods af manglende opfyldelse af de histologiske kriterier.
- Diagnosen stilles kun ved histologisk undersøgelse.
- F-calprotectin har ikke nogen plads i monitorering af sygdomsaktivitet eller diagnose.
- Cøliaki screening bør foretages.
- Afføringsprøver.

Histologiske fund:

Kollagen colitis:

- Breddt subepitelialt fibrøst bånd > 10 µm i tykkelse lige under overfladeepitelet. Inflammation af lamina propria. Intraepitelialt infiltration med lymfocytter og epitheliale læsioner.

Lymfocytær colitis:

- Øget antal af intraepiteliale lymfocytter og inflammatorisk infiltration i lamina propria. >20 intraepiteliale lymfocytter pr. 100 epitelceller.

Behandlingsstrategi ved nyopdaget kollagen colitis eller lymfocytær colitis:

Initialbehandling:

1. Gennemgang af patientens medicinliste, og overvej mulig seponering af risiko-lægemidler (NSAID, ASA, PPI, statiner, SSRI) samt motivér til rygeophør.

2. Symptomfrie patienter: ingen behandling. Ved milde symptomer: obstipantia Loperamid. HUSK. Ved moderate/svære symptomer kapsel budesonid 9 mg (3 kapsler af 3 mg) pr. dag i 8 uger, der ophøres uden udtrapning. (Rekommendation: Evidensgrad A). Symptomatisk behandling med stoppe medicin kan også forsøges som primær behandling eller supplement ved utilstrækkelig effekt.

3. Osteoporoseprofylakse i form af kalk og vitamin D

Recidiv:

1. Behandling gentages, efterfulgt af lavdosis budesonid (max. 6 mg pr. dag) i en længerevarende periode. Behandlingen kan med fordel ofte tilpasses den enkelte patients ønsker (mht. behandlingsvarighed). Osteoporoseprofylakse i form af kalk og vitamin D. DEXA scanning efter vanlige retningslinjer.

2. Ved manglende respons på sufficient dosis af budesonid kan symptomatisk behandling i form af loperamid, cholestyramin, mesalazin eller bismuth forsøges.

Prednisolon har ikke nogen plads i behandlingen, heller ikke hvis der er svigt af budesonid behandlingen.

Patienter som ikke kan bringes i remission bør konfereres med speciallæge i afdelingen.

Kontrol:

Ambulant kontrol bør foretages 2-3 måneder efter påbegyndt budesonid kur. Efterfølgende kontroller afhængig af sygdomsforløb. Årlige kontroller, og patienten opfordres til at henvende sig ved recidiv. Patienterne kan evt. afsluttes til egen læge med plan for fornyet behandling ved recidiv. LC har ofte et forløb med mindre udtalte symptomer, der spontant kan gå i remission. Der er ikke fundet nogen øget risiko for kolorektal cancer blandt patienter med MC.

3) Dokumentation

3.1) Dokumentation af aktivitet

3.2) Indikatorer

3.3) Udarbejdet af

Jens Kjeldsen, professor

Lene Grevelund, lægesekretær

4) Referencer og litteratur

1. Pardi DS, Loftus Jr EV, Smyrk TC, et al. The epidemiology of microscopic colitis: a population based study in Olmsted County, Minnesota. *Gut* 2007;56:504-8.
2. WilliamsJJ at al. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008 Jan;6(1):35-40.
3. Puspok A; Kiener HP; Oberhuber G. *Dis Colon Rectum* 2000 May;43(5):685-91.
4. Chande N, MacDonald JK, McDonald JW. Interventions for treating microscopic colitis: a Cochrane Inflammatory Bowel Disease and Functional Bowel Disorders Review Group systematic review of randomized trials. *Am J Gastroenterol* 2009;104:235-41
5. Chande N, McDonald JW, Macdonald JK. Interventions for treating lymphocytic colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2008[CD006096]. Münch A, Aust D, Bohr J et al. Microscopic colitis: Current status, present and future challenges: Statements of the European Microscopic Colitis Group. *J Crohns Colitis*. 2012 Oct;6(9):932-945.
6. Pardi DS, Kelly CP. Microscopic colitis. *Gastroenterology*2011;140:1155-65.
7. Wildt S, Nordgaard-Lassen I, Bendtsen F, Rumessen JJ. Metabolic and inflammatory faecal markers in collagenous colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:567-74.
8. Bohr J, Tysk C, Eriksson S, et al. Collagenous colitis: a retrospective study of clinical presentation and treatment in 163 patients. *Gut*. 1996 Dec;39(6):846-51.
9. Yen EF, Pokhrel B, Bianchi LK et al. Decreased colorectal cancer and adenoma risk in patients with microscopic colitis. *Dig Dis Sci*. 2012 Jan;57(1):161-9.

5) Evidensbasering

Følger nationale og internationale retningslinjer.