



Nationell riktlinje

2026

På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse

Akut svår ulcerös kolit

Datum för fastställande: 2026-09-01

Datum för översyn: 2027-09-01

Datum för revidering: 2030-09-01

Ordförande:

Börje Jonefjäll, PhD, Överläkare, Gastroenterolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
borje.jonefjall@vgregion.se

Arbetsgrupp:

Viktoria Bergqvist, PhD, ST-läkare i gastroenterologi, Skånes Universitetssjukhus, Lund/Malmö
Anton Risto, PhD, Överläkare, Kirurg, Universitetssjukhuset i Linköping, Linköping
Daniel Bergemalm, Docent, Överläkare, Gastroenterolog, Örebro Universitetssjukhus, Örebro
Maria Ling Lundström, PhD, Överläkare, Gastroenterolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Daniel Modin, Överläkare, Gastroenterolog, Östersunds sjukhus, Östersund

Granskare:

Hans Strid, Docent, Överläkare, Gastroenterolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Pontus Karling, Docent, Överläkare, Gastroenterolog, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Innehåll

Sammanfattning.....	1
Initial handläggning.....	2
Ultraljud vid ASUC	7
CMV-kolit vid ASUC	7
Infliximab vid ASUC.....	8
JAK-hämmare vid ASUC	9
Kirurgi vid ASUC.....	10
Uppföljande behandling efter vårdtillfälle för ASUC.....	11
Referenser.....	11
Behandlingsalgoritm.....	13

Sammanfattning

Denna riktlinje gäller akut svår ulcerös kolit (ASUC) och är baserad på rådande nationellt vårdprogram för IBD, internationella riktlinjer och tillgänglig vetenskaplig evidens. Mellan 12% och 25% av patienterna med ulcerös kolit kommer någon gång att behöva vårdas på sjukhus för ett akut allvarligt skov. ASUC är ett potentiellt livshotande tillstånd och kolektomifrekvensen ligger på 15–30% (1-6).

- Patienter med ASUC bör läggas in på sjukhus för möjlighet till kontinuerlig utvärdering och intensiv behandling.
- Patienter med ASUC ska behandlas med högdos intravenösa kortikosteroider såsom betametason 4 mg 2 ggr dagligen och bör få profylaktisk lågmolekylärt heparin.
- Patienter med ASUC som inte svarar på intravenösa steroider och är naiva för anti-TNF terapi, bör erhålla behandling med intravenöst infliximab i dosen 10 mg/kg senast på dag 3. Då behandling med infliximab ger en bättre långtidsprognos även hos patienter som svarar på steroider, kan man överväga att ge detta så snart som möjligt i förloppet.
- JAK-hämmare bör användas som räddningsterapi till patienter med steroidrefraktär ASUC som tidigare fallerat på eller bedöms olämpliga för behandling med infliximab.
- Patienter med ASUC och otillräckligt svar på medicinsk terapi, eller de med försämring eller komplikationer (innefattande toxisk megakolon, svår blödning eller perforering) ska kolektomeras.
- Antiviral behandling mot bekräftad CMV-kolit bör övervägas till steroidrefraktära patienter.
- Tarmultraljud vid ASUC rekommenderas om kompetens finns tillgänglig då förändring i tjocktarmens vägg tjocklek är en viktig prediktor för behandlingsrespons.
- Vid utskrivning ska alla patienter ha en tydlig plan med tät uppföljning och individanpassad medicinsk behandling.

Initial handläggning

Rekommendation

Patienter med ASUC bör läggas in på sjukhus för möjlighet till kontinuerlig utvärdering och intensiv behandling.

Patienter med ASUC ska behandlas med högdos intravenösa kortikosteroider såsom betametason 4 mg 2 ggr dagligen och bör få profylaktisk lågmolekylärt heparin.

Akut svår ulcerös colit (ASUC) definieras traditionellt enligt de modifierade Truelove- och Wittskriterierna som fler än 6 blodiga avföringar per dag och systemisk påverkan med minst ett av följande: • feber > 37,8 °C • puls > 90 slag/min • hemoglobin < 105 g/L • C-reaktivt protein > 30 mg/L. Man bör beakta att CRP-nivån >30 mg/L kan anses för hög. De ursprungliga Truelove- och Wittskriterierna använde SR >30 vilket motsvarar CRP >12 mg/L vid ASUC och CRP >12 mg/L har föreslagits som cut-off för att identifiera högriskpatienter för kolektomi hos inneliggande patienter med svår ulcerös colit (7). Vidare föreslår en färsk konsensusrapport att patienter med pågående behandling med avancerad behandling/steroider uppfyller kriterier för ASUC om de har CRP >2 x ULN och ≥6 avföringar per dag varav ≥50% blodtillblandade samt ≥2 av följande; lågt albumin, ökad puls, nattlig tarmtömning, lågt Hb, ökad kroppstemperatur eller stegrat LPK (8). Patienter med ASUC bör vårdas inneliggande på sjukhus med goda möjligheter för provtagning, övervakning och handläggning av gastroenterolog och kolorektalkirurg (1-6).

Undersökningar

Provtagning och undersökningar dag 0

Följande provtagning rekommenderas:

Blodprover: Hb, LPK, TPK, Neutrofila, Alb, krea, Na, K, Mg, CRP, PK, APTT, ALAT, ALP.

Avföringsprover: F-PCR bakteriell gastroenterit (vid anamnestisk misstanke även PCR parasiter gastroenterit och cystor/maskägg direktmikroskopi), F-Clostridier, överväg F-calprotectin.

Blododling om temp > 38,5°C.

Förberedelser inför uppstart av avancerad behandling (om ej tidigare genomförts).

Överväg även PCR och serologi för CMV i serum, se separat stycke om CMV.

DT buk rekommenderas för bedömning av inflammationsutbredning och eventuell kolondilatation eller perforation.

På avdelningen rekommenderas avföringsdagbok för dokumentation och utvärdering av förlopp.

Om utrustning och kompetens finns för tarmultraljud görs detta med fördel dag 0 som utgångsvärde, se separat stycke om tarmultraljud.

Provtagning och undersökningar dag 1-3

Dagligen analyseras Hb, LPK, TPK, Alb, krea, Na, K, CRP.

Järnstatus och ferritin kontrolleras i början av vårdtiden.

P-glukos kontrolleras så länge patienten får kortison.

Sigmoideoskopi av erfaren skopist bör utföras tidigt (dag 1) där man fastställer diagnos samt värderar inflammationens svårighetsgrad enligt Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS), (figur 1). Detta för att tidigt kunna riskstratifiera svårighetsgraden av skovet och risken för svikt på steroider. Överväg biopsier för CMV med snabbsvar, se separat stycke.

Tidig kontakt (dag 1) med kolorektalkirurg rekommenderas. Tidigare eller upprepade kontakt vid misstanke om komplikation eller snabb försämring. Patienten bör tidigt i förloppet erbjudas möte med kirurg för information gällande kolektomi som behandlingsalternativ.

Om möjlighet till tarmultraljud finns rekommenderas ny undersökning inom 48-72h efter insatt i.v. kortison (dag 2-3), se separat stycke.

Röntgen pulm utförs inför eventuell avancerad behandling om det ej utförts senaste 12 månaderna.

Ställningstagande till förnyad DT buk om tillkomst eller försämring av buksmärta eller annan tydlig klinisk försämring.

Figur 1

UCEIS – Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (0-8p)

Poängsätt för mest uttalade fynd i vardera kategori

Fynd	Skala	Definition
Kärlteckning	0 = Normal	
	1 = Fläckvis upphävd	
	2 = Upphävd	
Blödning	0 = Ingen	Ingen synlig blödning
	1 = I slemhinnan	Fläckar eller stråk av koagulerat blod på slemhinnan som kan spolats bort
	2 = Mild luminal	Mindre mängd fritt blod i lumen
	3 = Måttlig eller uttalad luminal	Påtaglig mängd blod i lumen eller tydlig pågående blödning
Erosioner & sår	0 = Inga	Normal slemhinna utan erosioner eller sår
	1 = Erosioner	Små (<5 mm) slemhinnedefekter
	2 = Ytliga sår	Större slemhinneskador (>5 mm) täckta av fibrin, dock ytliga
	3 = Djupt sår	Djupa sår i slemhinnan, slemhinnedefekter med upphöjda kanter

Initial behandling

Behandling dag 0

Intravenösa steroider i högdos är förstahandsbehandling vid ASUC där betametason 4 mg x2 administreras på morgonen och kl 16 (för minskad påverkan på nattsömn). Högre doser har inte visats ge bättre effekt men lägre doser är förenade med sämre behandlingssvar.

Trombosprofylax med subkutan lågmolekylärt heparin ges till alla med ASUC.

Vätske-och elektrolytförluster korrigeras. Var observant på hypokalemi eller hypomagnesemi som kan leda till toxisk kolondilatation.

Vid uttalad anemi rekommenderas erytrocyt- och järntransfusion. Vid lindrig-måttlig järnbristanemi ges intravenöst järn.

Antibiotikabehandling ges endast vid misstanke om bakteriell komplikation och inte rutinmässigt vid ASUC.

Adekvat nutrition ska säkerställas, i första hand enteralt. Tarmvila med parenteral nutrition förbättrar inte utfallet och rekommenderas inte rutinmässigt.

Behandling med antikolinergika, propulsionsdämpande läkemedel, NSAID och opioider bör undvikas på grund av ökad risk för kolondilatation.

Rektal behandling med 5-ASA eller kortikosteroider kan ges om den tolereras och kan kvarhållas.

Vid samtidig gastroenterit ska riktad behandling övervägas. Vid påvisat *Clostridioides difficile*-toxin ges oralt vankomycin eller fidaxomicin i samråd med infektionsläkare.

Vid trippel immunsuppression (t.ex. kortison, azathioprin och infliximab) rekommenderas profylax mot *Pneumocystis jirovecii*-pneumoni med sulfonamid+trimetoprim 400mg/80 mg dagligen eller 800 mg/160 mg tre dagar per vecka (9).

Behandling dag 1-3

Den fortsatta behandlingsstrategin baseras på patientens klassificering.

Anti-TNF-naiv: Aldrig exponerad för anti-TNF eller ej adekvat dosoptimerad.

Anti-TNF-refraktär: Tidigare fallerat på anti-TNF trots adekvat dosoptimering.

Efter att sigmoideoskopin är genomförd rekommenderas riskstratifiering av skovet genom beräkning av ADMIT-ASC score (figur 2) (10). Detta används som hjälp i bedömningen av vilka patienter som har hög risk för steroidrefraktär kolit (ADMIT ASC-score ≥ 2) och där man tidigt (dag 1) bör överväga tillägg med räddningsterapi med infliximab eller JAK-hämmare (till anti-TNF-refraktära patienter), se separata stycken om infliximab och JAK-hämmare samt behandlingsalgoritm.

Utöver infliximab och JAK-hämmare finns otillräckligt vetenskapligt stöd för andra avancerade läkemedel som räddningsterapi vid ASUC; vedolizumab, ustekinumab, selektiva IL23 hämmare eller S1P-receptormodulatorer kan därför i nuläget inte rekommenderas. Cyklosporin har visat likvärdig effekt som infliximab vid ASUC men används sällan i Sverige på grund av risken för allvarliga biverkningar i form av infektioner, njurpåverkan, kramper, anafylaxi och död (1).

Figur 2

ADMIT-ASC score (0-4 p). Predikterar chans till respons efter tre dygns i v steroider.

Variabel	Poäng
CRP ≥ 100 mg/L	1 poäng
Albumin ≤ 25 g/L	1 poäng
UCEIS ≥ 4	1 poäng
UCEIS ≥ 7	2 poäng
ADMIT-ASC score	Andel som svarar på steroider
0	100%
1	69.6%
2	40.7%
3	17.5%
4	0%

Utvärdering av svar på behandling

Patienter som behandlas enbart med högdos intravenöst kortison utvärderas dag 3 enligt nedan. Utvärderingen syftar till att bedöma svaret på den initiala behandlingen och utgör grund till fortsatt handläggning. Sverige-index eller Oxford-index rekommenderas som stöd vid denna bedömning (1-6).

Sverige-index: antal tarmtömningar + $0,14 \times \text{CRP}$. Ett värde >8 indikerar ett otillräckligt svar och har ett positivt prediktivt värde för kolektomi inom 30 dagar på 72%.

Oxford-index: >8 tarmtömningar/dag, blod i avföringen eller 3-8 tarmtömningar och CRP >45 indikerar ett otillräckligt svar vilket ger 85% risk för kolektomi.

Patienter som behandlas med kombination av högdos intravenöst kortison samt tidig insättning infliximab/JAK-hämmare utvärderas efter 3 dygns räddningsterapi enligt nedan.

Bra svar: Avföringsfrekvens ≤ 3 utan blod

Partiellt svar: Förbättring men fortsatt 4-8 avföringar per dygn, förekomst av blod

Otillräckligt svar: Avföringsfrekvens >8 gånger per dygn och/eller CRP >45 mg/L enligt Oxford-index alternativt Sverige-index >8

Behandlingsalgoritmen i slutet av dokumentet ger förslag på fortsatt handläggning utifrån ovanstående utvärdering, initial klassificering (anti-TNF-naiv/refraktär) samt risk för kortisonrefraktär sjukdom (ADMIT-ASC score).

Generellt är hög avföringsfrekvens (>8), blodtillblandning, lågt albumin, viktnedgång, nattlig tarmtömning och högt CRP (>45) trots behandling tecken på bristande behandlingsrespons.

Ultraljud vid ASUC

Rekommendation

Tarmultraljud vid ASUC rekommenderas om kompetens finns tillgänglig då förändring i tjocktarmens vägg tjocklek är en viktig prediktor för behandlingsrespons.

Tarmultraljud rekommenderas direkt vid inläggning samt dag 2-3 efter behandlingsstart förutsatt att utrustning och kompetens finns.

Vid undersökning mäts tjocktarmens vägg tjocklek, dopplersignal i tarmväggen (hyperemi) och inflammationsutbredning. Vägg tjocklek anses vara den mest robusta prediktorn vid akut svårt skov av ulcerös kolit och fastställs som ett beräknat medelvärde av två longitudinella och två transversala mätningar i det sjukaste tarmsegmentet vilket i praktiken oftast är sigmoideum.

Då tidig förändring i vägg tjocklek är en viktig prediktor för behandlingsrespons bör indexundersökning med tarmultraljud göras innan eller i nära anslutning till start av intravenös kortikosteroidbehandling. Undersökning får inte försena behandlingsstart.

En reduktion i vägg tjocklek dag 2-3 med <20% jämfört med indexundersökning eller ett absolut värde ≥ 4 mm vid uppföljande undersökning (dag 2-3) är associerade med behandlingssvikt på kortikosteroider, behov av intensifierad läkemedelsbehandling och kolektomi. Vid uttalad ökning av vägg tjocklek på ≥ 7 mm vid indexundersökning (dag 0-1) kan tidig intensifiering av behandlingen övervägas. En vägg tjocklek på ≤ 3 mm dag 2-3 är prognostiskt gynnsamt. Resultaten bygger på data från relativt små patientgrupper (11, 12).

CMV-kolit vid ASUC

Rekommendation

Antiviral behandling mot bekräftad CMV-kolit bör övervägas till steroidrefraktära patienter.

Patienter som vårdas inlaggande för ASUC bör utredas för CMV. Störst risk för reaktivering finns hos patienter med pågående immunosuppression. Subklinisk CMV-reaktivering är vanligt och diagnostiken är svår men bör vila på en sammanvägning av immunhistokemisk analys eller PCR på vävnadsprover från kolonslemhinnan och kliniska faktorer. Blodprover för CMV-diagnostik har låg sensitivitet men kan användas.

Undersökning med flexibel sigmoideoskopi för CMV-diagnostik bör helst göras inom 24 timmar från inläggning. För att öka den diagnostiska träffsäkerheten rekommenderas flera biopsier från olika segment.

Antiviral behandling mot CMV-kolit bör i samråd med infektionsläkare övervägas till steroidrefraktära patienter med CMV i slemhinnebiopsier. Skovbehandling bör fortgå parallellt och immundämpande medicinering pausas endast vid systemisk CMV-infektion (4-6, 9).

Infliximab vid ASUC

Rekommendation

Patienter med ASUC som inte svarar på intravenösa steroider och är naiva för anti-TNF terapi, bör erhålla behandling med intravenöst infliximab i dosen 10mg/kg senast på dag 3. Då behandling med infliximab ger en bättre långtidsprognos även hos patienter som svarar på steroider, kan man överväga att ge detta så snart som möjligt i förloppet.

Intravenöst infliximab är en effektiv behandling vid måttlig till svår ulcerös kolit i kombination med immunmodulerare, i första hand azathioprin. Hos de patienter som drabbas av ASUC och är naiva för infliximab, kan detta användas som så kallad räddningsterapi om patienten inte svarar på steroider. I randomiserade prövningar och klinisk praxis ges räddningsterapi på dag 3 efter utvärdering (med t.ex Sverige-index) av tre dagars steroidbehandling (1-6). En randomiserad prövning har studerat långtidseffekten av infliximab dag 3 och fortsatt kombinationsbehandling med azathioprin även hos patienter som svarat på steroider (13). Patienter som fick kombinationsbehandling hade mindre risk för ogynnsamt utfall efter ett år jämfört med monoterapi med azathioprin (frånvaro av steroidfri eller endoskopisk respons, behandlingskrävande återfall, allvarliga komplikationer till behandlingen, kolektomi eller död). Detta talar för att så snart som möjligt ge infliximab till anti-TNF naiva ASUC patienter, om det inte finns kontraindikationer.

Standarddosen (5 mg/kg) är den dosering som har utvärderats i de flesta kontrollerade studier. Den optimala dosen för infliximab som räddningsterapi vid ASUC är dock inte fastställd. En RCT har jämfört 10 mg/kg med 5 mg/kg utan någon signifikant skillnad i primärt utfallsmått vid dag 7 (klinisk respons)(14). I en subgruppsanalys kunde man dock se en fördel hos patienter med hög inflammatorisk börda (lågt albumin, högt CRP). Hög inflammatorisk aktivitet leder till snabbare konsumtion av infliximab och förluster via tarmslemhinnan av infliximab. Dessutom är infliximab albuminbundet och många av patienterna med ASUC har låga albuminnivåer vilket resulterar i låga serumkoncentrationer av läkemedlet. Vid ASUC kan därför den högre dosen infliximab (10 mg/kg) än vid standardterapi rekommenderas. De patienter som svarar på behandlingen bör få en ny dos infliximab efter två och sex veckor för att sen övergå till underhållsbehandling var åttonde vecka. De patienter som svarar på den initiala infliximabdosen men försämrar på nytt bör erhålla en ny dos infliximab (10 mg/kg) redan inom 3–5 dagar från den initiala dosen. En tredje dos infliximab bör inte ges under vårdtillfället vid behandlingssvikt då det riskerar att förlänga tiden till kolektomi med påföljande ökad risk för komplikationer. Fortsatt behandlingsintervall och dos hos de som svarat på en andra dos infliximab kan därefter styras av inflammationsgraden mätt med CRP. När patienten bedöms som stabil kan intervallen succesivt förlängas upp till var åttonde vecka. Patienter som erhåller tillsvidare behandling

med infliximab bör sättas in på immunmodulerare under minst 6-12 månader.

Kombinationsbehandling med azathioprin kan inledas så snart som sedvanlig förberedelse för detta är genomförd. Kontrollera att TPMT-genotyp och enzymaktivitet är tagna.

JAK-hämmare vid ASUC

Rekommendation

JAK-hämmare bör användas som räddningsterapi till patienter med steroidrefraktär ASUC som tidigare fallerat på eller bedöms olämpliga för behandling med infliximab.

Även om det i dagsläget saknas stark evidens för JAK-hämmarnas optimala roll vid ASUC rekommenderas användning av JAK-hämmare som räddningsterapi vid steroidrefraktär ASUC i internationella guidelines (3-6). Förhoppningsvis kommer framtida studier förtydliga; vilka subgrupper av patienter med ASUC som bör erbjudas JAK-hämmare, när i förloppet behandlingen bör startas, vilka doser som är effektivast och vilka risker som bör beaktas.

Det finns endast en RCT gällande JAK-hämmare vid ASUC där tofacitinib i kombination med i v steroider, som första linjens behandling, gav bättre respons och ett minskat behov av rescue-behandling med infliximab eller kolektomi jämfört med enbart i v steroider (15).

Flertalet observationsstudier av tofacitinib och upadacitinib vid ASUC, där majoriteten av patienterna var steroidrefraktära och/eller tidigare anti-TNF-exponerade, redovisar lovande resultat och en acceptabel låg frekvens av biverkningar. I en stor metaanalys av tofacitinib och upadacitinib vid ASUC (35 studier och 664 patienter) påvisades inte någon skillnad mellan preparaten, 78-87% uppnådde klinisk respons inom 30 dagar och kolektomifri överlevnad var 88-89 % efter 30 dagar och 77% efter 12 månader (16).

Sammanfattningsvis rekommenderas JAK-hämmare som räddningsterapi till patienter som bedöms vara anti-TNF-refraktära (tidigare fallerat på anti-TNF trots adekvat dosoptimering) eller bedöms olämpliga för behandling med infliximab. Ordinarie induktionsdoser rekommenderas men högre off-label dosering (tofacitinib 10 mg x 3 och upadacitinib 30 mg x 2) har använts i studier (15, 16). Det saknas vetenskapligt stöd för användning av filgotinib vid ASUC.

Användning av JAK-hämmare som 3:e linjens behandling (dvs efter otillräckligt behandlingssvar på i v steroider och infliximab) kan övervägas i utvalda fall efter noggrant övervägande av potentiella risker i samråd med kirurg (såsom opportunistiska infektioner, tromboembolism, förlängd tid till kolektomi och postoperativa komplikationer).

Kirurgi vid ASUC

Rekommendation

Patienter med ASUC och otillräckligt svar på medicinsk terapi, eller de med försämring eller komplikationer (innefattande toxisk megakolon, svår blödning eller perforering) ska kolektomeras.

Subtotal kolektomi med ileostomi är den enda operationen som är aktuell vid ASUC (2). Det är absolut eftersträvaransvärt att göra denna laparoskopiskt eftersom detta generellt medför lindrigare postoperativt förlopp, mindre risk för bråck och bättre förutsättningar för eventuell senare rekonstruktion av tarmkontinuitet. Situationer då öppen operation kan vara att föredra är vid akut instabil patient (vanligen vid komplikationer till ASUC) eller känd adherenssituation i buken. Den avstaplade rektalstumpen kan lämnas i buken och behöver inte läggas ut som en fistel men det rekommenderas att lämna ett rektaldrän som spolats dagligen i 3 dagar och sedan avvecklas.

Sannolikheten för behov av akut/subakut subtotal kolektomi vid ineliggande vård för ASUC är ca 15-30 % (1-2, 10). Därför rekommenderas gemensam bedömning av gastroenterolog och kolorektalkirurg dag 1 efter inläggning för ASUC. Patienten bör tidigt i förloppet erbjudas möte med kirurg för information gällande kolektomi som behandlingsalternativ.

Den vanligaste orsaken till behov av kolektomi är uteblivet svar på medicinsk behandling. Detta ska bedömas på dag 6 efter inläggning. Generellt rekommenderas kolektomi vid uteblivet svar på medicinsk behandling dag 7 men det kan i vissa fall utökas till senast dag 10. Fördröjd kolektomi är associerat med ökad risk för både komplikationer och mortalitet (1, 4, 6).

Tidig kolektomi är indicerat vid komplikationer så som perforation, kraftig blödning och toxisk megakolon (radiologisk bild med kolon transversum >6 cm + Jalan kriterier (figur 3)).

Figur 3

Jalan kriterier:

Minst en av:		Minst en av:	
• Feber > 38°C	+	• Dehydrering	
• Takykardi > 120 bpm		• Elektrolytrubbning	
• Leukocytos >10,5 x 10 ⁹ /L		• Hypotension	
• Anemi		• Påverkat allmäntillstånd / mental påverkan	

Uppföljande behandling efter vårdtillfälle för ASUC

Rekommendation

Vid utskrivning ska alla patienter ha en tydlig plan med tät uppföljning och individanpassad medicinsk behandling.

Vid utskrivning ska alla patienter ha en tydlig vårdplan med fortsatt tät poliklinisk uppföljning.

Prednisolon (vanligen startdos 40 mg/dag) trappas ned med 5 mg per vecka. Snabbare nedtrappning kan övervägas vid bra respons på infliximab (13) eller JAK-hämmare. Patienter som inte är aktuella för räddningsterapi med infliximab eller JAK-hämmare och som svarat bra först efter 7 dygns Betapred bör parallellt med prednisolonkur sättas in på annan avancerad läkemedelsbehandling.

Fortsatt induktionsbehandling med infliximab ges, helst i kombination med immunmodulerare, vid vecka 2 och 6, därefter var 8:e vecka (dosökning eller tätare intervall vid behov). Vid behandling med JAK-hämmare sker dosering enligt FASS.

Användning av enbart 5-ASA som underhållsbehandling efter ASUC har rapporterats resultera i en hög recidivrisk (upp till 50% inom 12 månader) (17). Den sammanvägda evidensen talar därmed emot monoterapi med 5-ASA i denna situation. Samtidigt kan behandling med enbart 5-ASA i selekterade fall fortsatt övervägas. Det gäller främst för nydiagnostiserade, 5-ASA-naiva patienter som uppvisat en snabb och komplett respons på intravenösa steroider och som saknar andra negativa prognostiska faktorer.

Monoterapi med immunmodulerare efter ASUC har i studier visat sämre behandlingsutfall jämfört med när infliximab och immunmodulerare kombineras (13). Trots detta kan behandling med enbart immunmodulerare fortsatt vara ett alternativ till utvalda patienter med snabb och god respons på steroider och tidigare terapivikt på 5-ASA förutsatt noggrann klinisk uppföljning och låg tröskel för behandlingseskalering.

Referenser

1. Halfvarson J et al. *Nationellt vårdprogram för vuxna med inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)*. <https://svenskgastronterologi.se/kunskap/nationellt-varldprogram-for-vuxna-med-inflammatorisk-tarmsjukdom-ibd-2023/>
2. Adamina M et al. *ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment*. J Crohns Colitis. 2026 Jun 7;20(6):jjag072.
3. Gisbert JP et al. *ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment*. J Crohns Colitis. 2026 Jul 7;20(7):jjag066.
4. Moran GW et al. *British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025*. Gut. 2025 Jun 23;74(Suppl 2):s1-s101.
5. Cohen-Mekelburg S et al. *AGA Clinical Practice Update on Inpatient Management of Adults With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review*. Gastroenterology. 2026 Feb;170(2):408-417.
6. Rubin DT et al. *ACG Clinical Guideline Update: Ulcerative Colitis in Adults*. Am J Gastroenterol. 2025 Jun 3;120(6):1187-1224

7. Etchegaray A et al. *Lowering the C-Reactive Protein (CRP) Threshold Improves Risk Stratification in Acute Ulcerative Colitis: A Propensity-Matched Analysis,* Alimentary Pharmacology & Therapeutics (2026): 1–16
8. Raine T et al. *New Diagnostic Criteria for Acute Severe Ulcerative Colitis in the Modern Treatment Era: A Modified Delphi Consensus by REFINED-ASUC.* Clin Gastroenterol Hepatol. 2026 Jul 22:S1542-3565(26)00552-5
9. Yanai H et al. *ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease.* J Crohns Colitis. 2026 Jul 7;20(7):jjag071.
10. Adams A et al. *Early management of acute severe UC in the biologics era: development and international validation of a prognostic clinical index to predict steroid response.* Gut. 2023 Mar;72(3):433-442.
11. Kucharzik T et al. *ECCO-ESGAR-ESP-IBUS Guideline on Diagnostics and Monitoring of Patients with Inflammatory Bowel Disease: Part 1.* J Crohns Colitis. 2025 Jul 3;19(7):jjaf106.
12. Josefsen S et al. *Transabdominal Intestinal Ultrasonography in Monitoring and Predicting Outcomes in Ulcerative Colitis-A Systematic Review.* J Clin Med. 2025 Dec 20;15(1):35.
13. Amiot A et al. *Top-down infliximab plus azathioprine versus azathioprine alone in patients with acute severe ulcerative colitis responsive to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial, the ACTIVE trial.* Gut. 2025 Jan 17;74(2):197-205.
14. Choy MC et al. *Intensified versus standard dose infliximab induction therapy for steroid-refractory acute severe ulcerative colitis (PREDICT-UC): an open-label, multicentre, randomised controlled trial.* Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024 Nov;9(11):981-996.
15. Singh A et al. *Tofacitinib in Acute Severe Ulcerative Colitis (TACOS): A Randomized Controlled Trial.* Am J Gastroenterol. 2024 Jul 1;119(7):1365-1372.
16. Jena A et al. *Effectiveness and Safety of Janus Kinase Inhibitors in Acute Severe Ulcerative Colitis: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Clin Gastroenterol Hepatol. 2026 Feb 12:S1542-3565(26)00106-0.
17. Salameh R et al. *Long-term outcome of patients with acute severe ulcerative colitis responding to intravenous steroids.* Aliment Pharmacol Ther. 2020 Jun;51(11):1096-1104.

Förkortningar

ASUC = Akut svår ulcerös kolit

CMV = Cytomegalovirus

JAK = Janus kinase

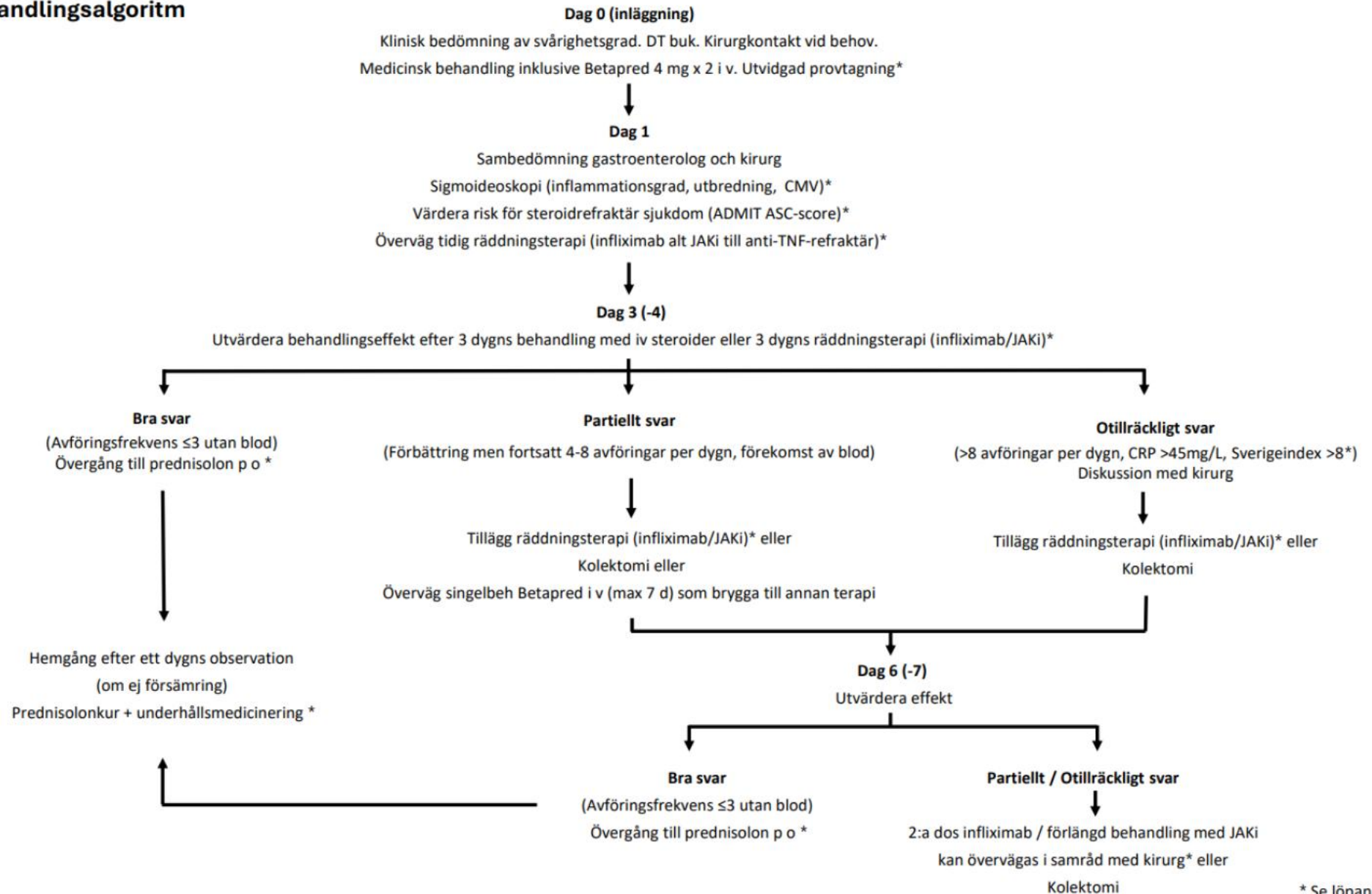
TNF = Tumour necrosis factor

TPMT = Tiopurinmetyltransferas

UCEIS = Ulcerative colitis endoscopic index of severity

5-ASA = 5-aminosalicylsyra

Behandlingsalgoritm



* Se löpande text