

Ferring Gastro Newsletter



Highlights Ferring Academy

7 november 2024

Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

2024 års Ferring Academy hade *cancer vid IBD* som fokus och innehöll föreläsningar om bland annat AI vid dysplasibedömning, cancerkirurgi och nya surveillanceriktlinjer. Deltagarna diskuterade också pouchit, dess behandling och komplikationer, där vikten av multidisciplinärt arbete och individanpassad behandling lyftes fram. Mötet samlade drygt 40 deltagare och utgjorde en plattform för kunskapsutbyte och framtida samarbete.



Jenny Gunnarsson

Överläkare
Sektionen för gastroenterologi
och hepatologi, Specialistmedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Sahlgrenska sjukhuset

Rapport från Ferring Academy i Göteborg den 7 november 2024

Ferring Academy har en lång historik i Göteborg, där det tidigare har hållits tolv gånger, men då som ett externt kvällsmöte. Efter ett uppehåll på två år har mötet nu återuppstått i en något förändrad form, som en längre utbildningseftermiddag på plats på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Målgruppen för mötet är läkare och sjuksköterskor med IBD-inriktning, främst på Sahlgrenska Universitetssjukhuset men även i Västra Götalandsregionen i övrigt. Tanken bakom förändringen har varit att få ett utökat möte med möjlighet till fler föreläsningar samt att placeringen på sjukhuset kan möjliggöra för fler att delta, i hela eller delar av mötet.

Vi planerar framöver att cirkulera mötet mellan de tre sjukhus som utgör Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Östra sjukhuset, Mölndals sjukhus och Sahlgrenska sjukhuset. Ansvariga för programmet på Ferring Academy var Andreas Brunnhage, Georgios Mavroudis och Jenny Gunnarsson, samtliga är gastroenterologer och tillika vårdenhetsöverläkare vid respektive sjukhus mag- och tarmmottagningar. Drygt 40 deltagare samlades vid årets Ferring Academy i Göteborg. Temat för årets möte var cancer vid IBD och utgjordes av fyra föreläsningar, vilka sammanfattas här, två av dem mer utförligt.

Dysplasibedömning och AI vid IBD surveillance koloskopi

Thomas de Lange, överläkare och
Naz Mohammed Salih, specialistläkare, Medicinkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölnåls sjukhus

Thomas de Lange och Naz Mohammed Salih diskuterade möjligheterna att med hjälp av AI öka chansen att detektera dysplasier vid koloskopi. De berättade om sin studie där de jämför detektionsmöjligheten med vitt ljus, virtuell samt manuell kromoendoskopi och användningen av detta för AI-inlärning. De presenterade därefter ett projekt för syntetisk bildgeneration som led i AI-inlärning. ■

Nya surveillanceriktlinjer vid långvarig kolit

Daniel Molin, överläkare, Medicinkliniken,
Centralsjukhuset i Kristianstad

Daniel Molin var ordförande i den arbetsgrupp som på uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förening i fjol gjorde en uppdatering av 2017 års riktlinjer för koloskopisk övervakning av IBD. Dessa är både en allmän förenkling och ett förtydligande av riktlinjerna, och syftet har varit att harmonisera svenska riktlinjer med motsvarande europeiska riktlinjer samt beakta nya publicerade data.

Molin gick igenom hur det tidigare såg ut med förekomst av colorektal cancer (CRC) vid IBD och hur förekomsten succesivt minskat de senaste 50 åren, från runt 30% risk efter 30-års sjukdom till runt 10% idag. Det har även förändrats i den mån att vi ser mindre till duration av sjukdom som främsta riskfaktor till värdering av olika riskfaktorer för utveckling av CRC som ledning för surveillance. Ett flertal studier visar också att det lönar sig med surveillance, där tumörer upptäcks i ett tidigare stadie och effekt ses på mortaliteten.

De viktigaste stationära riskfaktorerna för IBD-relaterad CRC är sjukdomsduration, utbredning, förekomst av PSC och ärftlighet för CRC, medan de viktigaste tidsbundna riskfaktorerna är inflammationsaktiviteten, postinflammatoriska polyper, striktur och tidigare dysplasi. Utifrån dessa riskfaktorer delas patienterna in i högrisk-, intermediärisk- respektive lågriskgrupp med intervall mellan koloskopierna på 1, 2–3 respektive 5 år efter den inledande indexkoloskopi som utförs på alla efter 8–10 års sjukdomsduration.

IBD-cancerkirurgi och långtidseffekter efter IBD-kirurgi

Caroline Nordenvall, biträdande överläkare,
Sektionen för IBD och Tarmsvikt,
Karolinska Universitetssjukhuset

Caroline Nordenvall presenterade utförliga data kring förekomst av och utfall efter kolorektal cancer och hur IBD-relaterad cancer skiljer sig från sedvanliga kolorektala maligniteter. Hon diskuterade även rekonstruktioner efter kolektomi och dess konsekvenser avseende fertilitet. ■

Molin betonade att vid förekomst av PSC eller hereditet för CRC ska patienterna inkluderas i surveillance oavsett utbredning medan det för övriga gäller vid extensiv ulcerös kolit eller Crohn-kolit i mer än 1/3 av kolons utbredning och att det är den histologiska utbredningen som räknas.

Riktlinjernas rekommendationer presenterades därefter punktvis där betoningen låg på de främsta förändringarna i dokumentet, vilka är att virtuell kromoendoskopi kan användas som alternativ till manuell infärgning av slemhinnan samt övervakningen av patienter som kolektomerats.

Avseende kromoendoskopi har studier visat likvärdiga resultat med virtuell kromoendoskopi och det bedöms vara ett adekvat och praktiskt alternativ till traditionell kromoendoskopi.

Avseende surveillance efter kolektomi har riktlinjerna nu för enkelhets skull och för harmonisering med europeiska riktlinjer, slagit ihop patientgrupperna oavsett om de har bäckenreservoar, IRA eller kvarvarande rektumstump, trots att risken för CRC vid bäckenreservoar är låg. Patienten ska följas enligt den riskgrupp de tillhört om kolon varit kvar. Vid skopi av bäckenreservoar förordas extra vaksamhet vid bedömning av rektalcuffen där majoriteten av pouchrelaterade dysplasier är lokaliserade. »

Det uppstod diskussion om huruvida man skulle kunna differentiera mellan "vanliga" adenom hos patienter med IBD och IBD-relaterade förändringar då de täta kontrollerna efter förekomst av dysplasi är resurskrävande, samtidigt som de i nuläget hanteras lika i de fall de uppstår i en slemhinna som någon gång varit inflammerad.

Riktade biopsier av synliga förändringar rekommenderas framför slumpvis biopsitagning, då risken för dysplasi i slumpvis biopsi i frånvaro av riskfaktor för CRC är minimal. Dock kan vid PSC, slangformad kolon, strikturer,

terapirefraktär inflammation eller tidigare kolonmalignitet, riktad biopsitagning kombineras med slumpvis biopsitagning, då man i dessa fall påvisat ett tilläggsvärde. Biopsier i slät slemhinna bredvid en resecerad lesion behöver ej tas rutinmässigt då dessa har mycket lågt tilläggsvärde. ■

Pouchit – behandling, differentialdiagnostik och surveillance

Anna Solberg, överläkare och Hanna de la Croix, överläkare, Kirurgkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset//Östra sjukhuset

Anna Solberg och Hanna de la Croix är båda kolorektalkirurger med omfattande erfarenhet av bäckenreservoarkirurgi. Tillsammans höll de en mycket uppskattad föreläsning om pouchit som även innehöll några grunder kring reservoarkirurgi. Till skillnad från många andra orter där pouchit handläggs av gastroenterologer, sköts det i Göteborg av kirurgkliniken, och därför har föreläsarna stor erfarenhet av detta tillstånd.

Runt 5000 personer i Sverige har bäckenreservoar och ca 800 Kock-reservoar. Indikationen för reservoarkirurgi är ulcerös kolit eller obestämbar kolit med terapirefraktär sjukdom, dysplasi eller malignitet samt profylaktiskt vid FAP (Familjär Adenomatös Polypos). I Göteborg utförs operationen i ett tre-seansförfarande, då man sett att det medför mindre problem med ev anastomosläckage. Den variant som används är nästan alltid J-pouch, främst av anledning att den är tekniskt enkel att utföra.

Vikten av patientinformation inför kirurgin betonades, för att patienten ska ha korrekta förväntningar om risken för komplikationer, som till exempel pouchit och hur livet med bäckenreservoar ser ut. Vid god funktion av reservoaren, kan patienten förvänta sig 5–6 tömningar dagtid och 1–2 gånger per natt och de flesta klarar att hålla sig mer än en timme. Kostförändringar och bulkmedel/stoppande läkemedel kan behövas och risk finns för påverkan på sexualfunktion och fertilitet/fekundabilitet.

De flesta patienter med bäckenreservoar har dock i studier visats ha en god livskvalitet som inte går att urskilja från bakgrundsbefolkningen.

Förekomsten av pouchit ökar med tiden, ca hälften av patienterna har haft pouchit efter två år och runt 80% har någon gång haft symtom som stämmer med pouchit. Incidensen av pouchit de första två åren verkar också ha ökat på senare tid.

Symtom och diagnostik diskuterades och PDAI (pouch disease activity index) utifrån kliniska, endoskopiska och histologiska fynd, kan användas för definition av pouchit och utvärdering av behandling.

Differentialdiagnostik, sekundära orsaker samt indelning av pouchit diskuterades, där fokus låg på CARP (kronisk antibiotikarefraktär pouchit) samt Crohnluk pouchit (med inflammation i tillförande ileumslynga och/eller förekomst av strikturer och fistlar utanför anastomosområdet), de former som kräver mest insatser. Ca 10% drabbas av CARP och av de med pouchit är ca 10% Crohnluk pouchit.

Patogenesen till pouchit är oklar men genetik, påverkad tarmflora och störd interaktion mellan immunförsvar och bakterieflora samt mucosal barriärskada är några av de faktorer som synes påverka. Risken för pouchit ökar vid kvinnligt kön, tidig debut och tidigare extensiv inflammation av UC, extraintestinala manifestationer och PSC.

Behandling med biologiska/avancerade läkemedel bör övervägas för patienter med svårbehandlad pouchit. Vedolizumab har visat effekt på kronisk pouchit i en studie men i praktiken övervägs samtliga avancerade IBD-behandlingar. »

Crohnlik pouchit är den av pouchiterna som svarar bäst på biologisk behandling. Det är av stor vikt att dessa patienter identifieras tidigt och sköts aktivt multidisciplinärt av kirurg och gastroenterolog tillsammans, för beslut om läkemedelsbehandling eller förnyad kirurgi. CARP är en vanlig orsak till failure av bäckenreservoar.

Slutligen diskuterades om svårigheterna att differentiera mellan Crohnlik pouchit och att patienten faktiskt utvecklats/skiftat över till en "äkta" Mb Crohn men där betydelsen av detta minskat i takt med att läkemedelsbehandlingarna nu är mer likartade. ■

Tack för att du läser vårt nyhetsbrev!

Kära läsare,

vi är glada att presentera det nya nordiska IBD-nyhetsbrevet, utformat för att ge dig information om den senaste utvecklingen inom inflammatorisk tarmsjukdom, med särskilt fokus på ulcerös kolit (UC). IBD har länge varit ett viktigt fokusområde för Ferring Läkemedel. I själva verket var Ferring bland de första företagen att utveckla och lansera mesalazinbehandlingar och vi fortsätter att leda den europeiska marknaden för mild till måttlig kolitbehandlingar. Vårt engagemang för att främja IBD- och UC-forskning är djupt rotad i vår historia och förblir central för vår framtid när vi investerar i nya terapier och kliniska studier.

Den ökande förekomsten och prevalensen av UC kräver uppmärksamhet. Upp till 400 personer per 100 000 påverkas världen över – ett tal som fortsätter att öka även i Norden. På Ferring Norden tror vi att ett djupare samarbete mellan vårt team och ledande IBD-kliniker kommer att leda till större insikter.

Detta nyhetsbrev, skapat i samarbete med ledande gastroenterologer, återspeglar vårt gemensamma engagemang för att stödja dig i att få ny kunskap för att hjälpa dina IBD-patienter att leva bättre och hälsosammare liv.



Maja Kramp

General Manager
Ferring Läkemedel AB

Är du intresserad av att anordna ett Ferring Academy-möte på din arbetsplats?
Kontakta:

Agneta Albrecht-Lundgren

+46 734 531 077

agneta.albrecht-lundgren@ferring.com

Johanna Lepp Lindvall

+46 73 086 30 48

johanna.leppindvall@ferring.com

Beställ material

På ferring.se kan du kostnadsfritt beställa material till både dig och dina patienter.

Bland annat erbjuder vi den 8:e upplagan av vår uppskattade IBD-handbok, som innehåller förnyad och uppdaterad information om behandlingsalternativ samt användbara verktyg för hantering av IBD i vården.



Ferring is a research-driven, specialty biopharmaceutical group committed to helping people build healthy families and live better lives. Ferring is a leader in reproductive medicine and maternal health, and in specialty areas within gastroenterology and urology.