

Morbus Crohn og colitis ulcerosa er de to hyppigste **inflammatoriske tarmsygdomme (IBD)** i Danmark. De minder om hinanden – kroniske mavesmerter, diaré og **blødning fra endetarmen** – men opfører sig meget forskelligt. En præcis skelnen er afgørende for behandling og prognose.

Denne guide samler de vigtigste forskelle mellem Morbus Crohn og colitis ulcerosa – fra hvor i tarmen sygdommen sidder, til hvad **koloskopi** og **biopsi** typisk viser.

Hurtig oversigt



Karakteristik	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Lokalisation	Hele mave-tarmkanalen (mund til endetarm), oftest sidste del af tyndtarm + tyktarm	Kun tyktarmen, altid med endetarmen

Karakteristik	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Udbredelse	Springvis ("skip lesions")	Kontinuerlig, fra endetarm og opad
Vævslag ramt	Alle lag (transmural)	Kun slimhinden (mucosa/submucosa)
Typiske symptomer	Mavesmerter (ofte nederste højre side), vægttab, diaré, fatigue	Blodig diaré, slim i afføringen, krampe ved afføring
Komplikationer	Fistler, abscesser, forsnævringer (strikturer)	Toksisk megakolon, øget risiko for <u>tarmkræft</u> ved langvarig udbredt sygdom
Rygning	Forværrer sygdommen	Beskytter paradoksalt (men anbefales aldrig)
Histologi	Granulomer hos ca. 50 %	Krypt-abscesser, ingen granulomer
Kirurgi	Helbreder ikke; segmentresektion ved komplikationer	Total kolektomi kan være helbredende

1. Hvor i tarmen sidder sygdommen?

Den vigtigste forskel er **anatomien**:

- **Morbus Crohn** kan ramme alt fra mundhulen til endetarmen, men typisk det terminale ileum (overgangen tynd-/tyktarm). Inflammationen sidder i pletter ("skip lesions") med raske områder imellem.
- **Colitis ulcerosa** starter altid i endetarmen og breder sig opad i tyktarmen i et **kontinuerligt** mønster. Tyndtarmen er aldrig involveret.

Det er en af grundene til, at en **koloskopi** med biopsi er guldstandarden – patologen kan se både udbredelse og dybde.

2. Symptomer der peger den ene eller anden vej

Symptomerne overlapper, men nogle mønstre er typiske:

Crohn:

- Mavesmerter i nederste højre side (terminal ileitis).
- Vægttab og malabsorption (især B12, jern, D-vitamin).
- Perianale fistler eller bylder – ofte første tegn.
- Diaré uden synligt blod.

Colitis ulcerosa:

- Blodig, slimet diaré op til 10–20 gange dagligt ved svære udbrud.
- Tenesmer (krampagtig trang til afføring).
- Færre ekstraintestinale symptomer i fordøjelsessystemet, men ofte ledsmerter og hudmanifestationer.

Ved vedvarende symptomer – især blodig afføring eller utilsigtet vægttab – bør du **altid udredes** hos en speciallæge.

3. Diagnose: koloskopi, biopsi og billeddiagnostik

I Danmark følges en kombineret strategi:

- **Koloskopi** med biopsier fra flere segmenter – nødvendigt for at se mønster og vævslag.
- **Calprotectin i afføringen** – simpel og følsom markør for tarminflammation.
- **MR-enterografi** ved mistanke om tyndtarmsinflammation eller fistler (typisk Crohn).
- **Blodprøver** for at vurdere anæmi, B12, ferritin, CRP og albumin.

Granulomer i biopsien støtter Crohn-diagnosen, mens krypt-abscesser uden granulomer typisk peger på colitis ulcerosa.

4. Behandling – hvor adskiller den sig?

Begge sygdomme behandles i trin, men medicinvalget varierer:

- **5-ASA-præparater (Pentasa, mesalazin)** er førstevalg ved mild til moderat **colitis ulcerosa**, men har begrænset effekt ved Crohn.
- **Biologisk behandling** (TNF-hæmmere som infliximab/adalimumab, IL-hæmmere som ustekinumab, integrinhæmmere som vedolizumab) bruges ved moderat til svær sygdom – især tidligt ved Crohn for at undgå strikturer.
- **Kirurgi** kan helbrede colitis ulcerosa (total kolektomi med pouch-rekonstruktion), men ikke Crohn – her fjernes kun symptomgivende segmenter, da sygdommen kan vende tilbage i raske områder.

Læs også: [Kirurgisk behandling af hæmorider](#) og [Kroniske mavesmerter – hvornår skal du kontakte kirurgen?](#)

5. Hvornår skal du opsøge en speciallæge?

Kontakt klinikken eller din egen læge ved:

- Blodig eller slimet diaré, der varer over to uger.
- Vedvarende mavesmerter med vægttab.
- Anale bylder, fistler eller fissurer, der ikke heler.
- Familiær disposition til IBD kombineret med uforklarlige mavesymptomer.

En tidlig **tarmundersøgelse** og diagnose forbedrer prognosen betydeligt – især ved Crohn, hvor moderne biologisk behandling kan ændre sygdomsforløbet, hvis den startes tidligt.

Kilder

- Torres J. et al. *Crohn's disease*. Lancet 2017.
 - Ungaro R. et al. *Ulcerative colitis*. Lancet 2017.
 - DSGH – Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi, retningslinjer for IBD.
-

Læs også

[Kronisk tarmbetændelse \(IBD\) – oversigt](#)