

Mikroskopisk colitis: Den oversete årsag til kronisk vandig diaré

Mikroskopisk colitis er en kronisk betændelse i tyktarmens slimhinde, hvor tarmen ser fuldstændig normal ud ved kikkertundersøgelse, og diagnosen kun kan stilles ved at se vævsprøverne i et mikroskop. Det giver navnet. Tilstanden er den hyppigste oversete forklaring på kronisk vandig diaré, særligt hos kvinder over 50. Mange patienter har fået "irritabel tarm" som diagnose i årevis, før mikroskopisk colitis bliver fundet.

Sygdommen er ikke farlig på samme måde som de inflammatoriske tarmsygdomme, og den udvikler sig ikke til kræft. Men ubehandlet kan den give betydelig påvirkning af livskvaliteten, fra konstant nærhed til toilettet til vægttab og dehydrering hos ældre.

Hvad mærker du?

Det dominerende symptom er kronisk, vandig diaré uden blod. Typiske træk er:

- Hyppige (op mod 10-15) vandige afføringer i døgnet
- Diaré også om natten, der vækker dig
- Pludselig akut trang ("kan ikke vente")
- Mavekramper og oppustethed
- Træthed, vægttab og dehydrering ved længere forløb
- Inkontinens for vandig afføring, særligt hos ældre

Symptomerne kommer ofte i bølger, med uger til måneders gode perioder mellem opblussen. Det adskiller sig fra IBS ved den helt vandige karakter, ved natlige toiletbesøg og ved at det ofte starter sent i livet.

Hvorfor sker det?

Sygdommen deles i to typer:

1. **Kollagen colitis:** et fortykket bånd af kollagen i slimhinden under epitelet
2. **Lymfocytær colitis:** øget antal lymfocytter mellem cellerne i slimhinden

Begge typer ligner hinanden klinisk. Årsagen er ikke fuldt afklaret, men det er en immunologisk reaktion i tarmslimhinden mod et eller flere udløgere. Risikofaktorer er:

- **Kvindelig køn** (3-9 gange hyppigere end mænd)
- **Alder over 50**
- **Rygning** øger risikoen markant og forværrer forløbet
- **Autoimmune sygdomme:** cøliaki, hypothyreose, type 1-diabetes, reumatoid arthritis
- **Medicin:** NSAID (ibuprofen, naproxen), syrepumpehæmmere (PPI), SSRI-antidepressiva, statiner. Disse er stærkt forbundet med opblussen og bør altid revurderes.
- **Galdesyremalabsorption** ses ofte sammen med mikroskopisk colitis og kan forværre diaréen

Det er vigtigt at vide, at op mod 30-40 procent af patienter med mikroskopisk colitis også har cøliaki eller galdesyremalabsorption. De to skal udelukkes ved diagnosen.

Hvordan stilles diagnosen?

Diagnosen kræver koloskopi med vævsprøver fra forskellige dele af tyktarmen. Selve slimhinden ser helt normal ud, så diagnosen overses uden vævsprøver. Vævsprøver skal tages både fra højre og venstre tyktarm, fordi forandringerne kan være ujævnt fordelt.

Supplerende:

- **Blodprøver:** for cøliaki, hypothyreose, jernmangel, B12
- **Afføringsprøver:** for at udelukke infektion (særligt Clostridium difficile) og inflammation (calprotectin er typisk normal eller let forhøjet)
- **Galdesyretest** (SeHCAT eller serum-C4) hvis der mistænkes samtidig galdesyremalabsorption

Behandling

Behandlingen virker hos næsten alle, men tilbagefald er almindelige.

Først:

- Stop NSAID, gennemgå PPI og SSRI for at se om de kan undværes
- Rygestop er en af de vigtigste enkelttiltag
- Tjek for cøliaki og galdesyremalabsorption

Medicinsk:

- **Budesonid** er førstevalg. Det er et lokaltvirkende steroid, der frigives i tyndtarm og højre tyktarm. Standardkur er 9 mg i otte uger med aftrapning. 80-90 procent får effekt inden for fire uger.
- **Vedligeholdelse:** ved hyppige tilbagefald kan lavdosis budesonid (3-6 mg) bruges langtidsvirkende
- **Galdesyrebinder** (kolestyramin, kolesevelam) virker godt hos dem der også har galdesyremalabsorption
- **Loperamid** kan dæmpe symptomer mens behandlingen virker
- **Mesalazin og bismut** er gamle muligheder med svagere effekt
- **Biologisk behandling** (TNF-hæmmere, vedolizumab) er forbeholdt de få der ikke svarer på budesonid

Mange klares fint med en eller to budesonid-kure årligt. Et mindretal har et kronisk forløb der kræver vedvarende lavdosisbehandling.

Hvornår skal du søge læge?

Kontakt din egen læge hvis du har:

- Vandig diaré, særligt natlig, i mere end fire uger
- Hyppige toiletbesøg uden blod, men med vægttab eller udmattelse
- Diaré der starter efter du har påbegyndt PPI, NSAID eller SSRI
- Diaré kombineret med kendt autoimmun sygdom eller cøliaki

Akut læge ved svær dehydrering, ortostatisk svimmelhed eller mørk, koncentreret urin.

Oftestillede spørgsmål

Bliver det til kræft? Nej. Mikroskopisk colitis øger ikke risikoen for tarmkræft, og slimhinden tager ingen blivende skade.

Skal jeg gå glutenfrit? Kun hvis du også har cøliaki. Det er værd at tjekke, fordi det er ofte overset.

Kan det helbredes helt? Hos en del forsvinder symptomerne efter en kur og holder sig væk i årevis. Hos andre kommer det igen i bølger. Rygestop forbedrer chancen for vedvarende ro.

Hvorfor er rygning så vigtigt? Rygere har 2-3 gange højere risiko for sygdommen, sværere forløb, dårligere respons på budesonid og hyppigere tilbagefald. Det er det vigtigste enkelttiltag du selv kan tage.

Kilder

1. Miehke S, Guagnozzi D, Zabana Y, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. *United European Gastroenterol J.* 2021;9(1):13-37. [PubMed](#)
2. Nguyen GC, Smalley WE, Vege SS, Carrasco-Labra A. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Microscopic Colitis. *Gastroenterology.* 2016;150(1):242-246. [PubMed](#)
3. Sundhed.dk. [Mikroskopisk colitis \(lægehåndbogen\)](#).
4. Münch A, Sanders DS, Molloy-Bland M, Hungin APS. Undiagnosed microscopic colitis: a hidden cause of chronic diarrhoea and a frequently missed treatment opportunity. *Frontline Gastroenterol.* 2020;11(3):228-234. [PubMed](#)

Denne artikel er almen information og erstatter ikke lægekonsultation. Kontakt din egen læge ved symptomer.