

Sort afføring (melæna): Hvornår er det alvorligt - og hvornår skal du have en gastroskopi?



Sort, tjæreagtig afføring kaldes medicinsk **melæna** og er et af de klassiske alarmsymptomer i mave-tarmkanalen. Det skyldes oftest blødning fra den øvre del af mave-tarmkanalen - spiserør, mavesæk eller tolvfingertarm - hvor blodet bliver fordøjet af mavesyre og bakterier og farver afføringen sort [1]. Op mod **80 % af tilfældene** skyldes en kilde der kan ses ved [gastroskopi](#).

Hvorfor bliver afføringen sort?

For at give melæna skal blodet have været i mave-tarmkanalen i mindst **6-8 timer**, og der skal være mindst **50 ml blod** [1]. Hæmoglobin omdannes til hæmatin og jernsulfid, som farver afføringen blank-sort og giver en karakteristisk **sødlig, ildelugtende** odor.

De hyppigste årsager

Kilde	Hyppighed	Typiske tegn
Mavesår (ulcus pepticum)	30–50 %	Smerter i epigastriet, <u>Helicobacter pylori</u> , NSAID-brug
Erosiv gastritis	10–20 %	Smertestillende, alkohol, stress
Øsofagusvaricer	5–15 %	Levercirrose, samtidig hæmatemese (blodig opkast)
<u>Mavesyre-reflux (GERD)</u> med øsofagitis	5–10 %	Halsbrand, synkesmerter
Mallory-Weiss-rift	5 %	Efter kraftig opkastning
Cancer ventriculi	2–5 %	Vægttab, appetitløshed, alder >50 år

Falsk melæna (ikke blødning) kan skyldes: jerntilskud, lakrids, blåbær, beck-medicin, vismuth.

Hvornår skal du søge læge - akut?

Ring 112 eller akuttelefon 1813 ved:

- Sort afføring + svimmelhed, bleghed, hjertebanken, kollaps
- Sort afføring + **blodig eller "kaffegrums" opkast**
- Sort afføring + kraftige mavesmerter
- Kendt levercirrose eller blødningssygdom

Ved klar melæna med samtidig svimmelhed og træthed bør du henvises akut eller subakut til sygehuset - det tyder på betydeligt blodtab og behov for hurtig stabilisering samt eventuel blodtransfusion.

NICE CG141, anbefaling 1.3.1: "Offer endoscopy to unstable patients with severe acute upper gastrointestinal bleeding immediately after resuscitation." [5]

Ved mistanke om melæna uden andre symptomer og med stabil blodprocent (lav-risiko patient med Glasgow-Blatchford score ≤ 1) kan udredning og behandling foregå ambulant på en speciallægeklinik med gastroskopi inden for 24 timer.

ESGE 2021, anbefaling 1: "ESGE recommends in patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH) the use of the Glasgow–Blatchford Score (GBS) for pre-endoscopy risk stratification. Patients with GBS ≤ 1 are at very low risk of rebleeding, mortality within 30 days, or needing hospital-based intervention and can be safely managed as outpatients with outpatient endoscopy." [6]

NICE CG141, anbefaling 1.1.2: "Consider early discharge for patients with a pre-endoscopy Blatchford score of 0." [5]

Sort afføring alene - uden andre symptomer - kræver kontakt til egen læge eller speciallæge **inden for få dage**.

Sådan udredes melæna

1. **Anamnese:** NSAID, blodfortyndende, alkohol, jerntilskud, tidligere mavesår.
 2. **Klinisk undersøgelse:** puls, blodtryk, blodtransfusionsbehov.
 3. **Blodprøver:** hæmoglobin, ferritin, INR, leverprøver, urea (forhøjet ved øvre GI-blødning).
 4. **Oral gastroskopi** - guldstandard, foretages inden for 24 timer ved akut blødning [2].
 5. **Nasal gastroskopi** - skånsomt alternativ til den orale undersøgelse, uden bedøvelse.
 6. **Koloskopi** - overvejes hvis gastroskopi ikke viser blødningskilde (~5–10 %).
-

Behandling

Akut:

- Stabilisering med væske og evt. blodtransfusion
- IV protonpumpehæmmer (PPI)
- **Endoskopisk hæmostase** ved gastroskopi: clips, injektion med adrenalin, termokoagulation [3]

- Ved varicer: ligering med elastik

Subakut og forebyggende:

- **Eradikation af *Helicobacter pylori*** ved mavesår - reducerer recidiv fra ~60 % til <10 % [4]
- Stop med NSAID, eller skift til PPI-beskyttet behandling
- Alkoholreduktion
- Onkologisk udredning ved cancersuspekterede fund

Behandling på Kirurgen.dk

Vi tilbyder ambulant **oral og nasal gastroskopi** under den offentlige sygesikring - typisk inden for 1–2 uger. Læs også vores artikler om [Helicobacter pylori og mavesår](#), [GERD-reflux](#) og [nasal vs. oral gastroskopi](#).

Referencer

1. Wilkins T, Khan N, Nabh A, Schade RR. *Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding*. Am Fam Physician 2012;85(5):469–76.
2. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. *Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: international consensus group*. Ann Intern Med 2019;171(11):805–22.
3. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. *ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding*. Am J Gastroenterol 2021;116(5):899–917.
4. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. *Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori-positive people*. Cochrane Database Syst Rev 2016;(4):CD003840.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management*. Clinical Guideline CG141, 2012 (opdateret 2016). [nice.org.uk/guidance/cg141](https://www.nice.org.uk/guidance/cg141)

6. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. *Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline – Update 2021*. Endoscopy 2021;53(3):300–332.
 7. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. *A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage*. Lancet 2000;356(9238):1318–21.
-

Læs også

[Mavesår](#)