

Irritabel tyktarm (IBS): Udredning og rådgivning på Kirurgen.dk

Irritabel tyktarm, ofte forkortet IBS, er en af de hyppigste årsager til vedvarende mavesmerter, oppustethed og ustabil afføring hos voksne. IBS er en forstyrrelse i samspillet mellem tarm og hjerne. Diagnosen stilles som en positiv klinisk diagnose ud fra symptom mønsteret og en målrettet vurdering, ikke som en ren udelukkelsesdiagnose. Tilstanden er ikke livstruende, men generne kan være kraftige nok til at præge hverdagen i mange år.



På Kirurgen.dk laver vi netop den udredning. Vi tager imod patienter med tarmsymptomer, gennemgår sygehistorien og aftaler hvilke undersøgelser der er behov for. Du får en skriftlig konklusion, du kan tage med videre til egen læge eller diætist.

Hvornår bør man få udredt mavesymptomerne?

Nogle symptomer skal aldrig stemples som IBS, før alvorlig sygdom er udelukket. Kontakt din læge eller os direkte, hvis du har et eller flere af følgende:

- Blod i afføringen eller mørk, tjæreagtig afføring. Sort, tjæreagtig afføring kan være tegn på blødning højere oppe i mavetarmkanalen og skal vurderes samme dag; ring 112 ved svimmelhed, besvimelse eller påvirket almentilstand.
- Uforklarligt vægttab eller feber over længere tid.
- Symptomdebut efter 50-årsalderen uden tidligere screening for tarmkræft.
- Diarré der vækker dig om natten.
- Familie med tyktarmskræft, kronisk tarmbetændelse eller cøliaki.
- Pludselig ændring i et ellers stabilt afføringsmønster.

Disse signaler kaldes alarmsymptomer. De udelukker ikke IBS, men de kræver, at vi kigger nærmere på tarmen, før diagnosen kan stilles.

Sådan udreder vi IBS hos os

IBS er en klinisk diagnose. Vores mål er en målrettet udredning, hvor relevante differentialdiagnoser og alarmsymptomer vurderes individuelt, og hvor vi ikke laver flere undersøgelser end nødvendigt. Et typisk forløb består af:

1. **Klinisk samtale.** Vi gennemgår dine symptomer, varighed, afføringsmønster, kost, medicin og familiehistorie. Bristol-skalaen bruges til at beskrive konsistensen.
2. **Klinisk undersøgelse.** Mavepalpation og endetarmsundersøgelse afslører hævelser, ømhed eller blod, som ikke ses udefra.
3. **Blodprøver.** CRP (betændelsestal), hæmoglobin (blodprocent), ferritin (jærndepot) og cøliaki-prøven anti-tTG IgA (sammen med total IgA) bruges til at vurdere, om der er tegn på inflammation, blødningsanæmi, jernmangel eller cøliaki. Normale prøver kan ikke alene udelukke disse tilstande, og svarene indgår i den samlede kliniske vurdering.
4. **Afføringsprøve.** Fæces-calprotectin bruges til at vurdere, om der er tegn på inflammation i tarmen. En lav værdi gør aktiv inflammatorisk tarmsygdom mindre sandsynlig, men udelukker den ikke. Grænseværdien fastsættes af det laboratorium, der analyserer prøven, og er ikke den samme alle steder. Ved fortsat klinisk mistanke gentages prøven eller suppleres med endoskopi.
5. **Kikkertundersøgelse når der er indikation.** Hvis du har alarmsymptomer, er over 50 år, eller hvis blodprøverne peger på inflammation, kan koloskopi eller sigmoideoskopi være relevant. Alder indgår i vurderingen sammen med symptom billedet og alarmsymptomer; der findes ikke en enkelt aldersgrænse, der gælder for alle. Tidspunktet aftales individuelt, og henvisnings- og betalingsforhold afklares, når tiden bookes.

Hvilke undersøgelser der er relevante, afhænger af din alder, symptom billedet, alarmsignaler og de differentialdiagnoser, der er i spil. Koloskopi indgår ikke automatisk i en IBS-udredning. Du får en skriftlig konklusion med hjem, og din egen læge får en epikrise.

Relevante differentialdiagnoser omfatter blandt andet cøliaki, inflammatorisk tarmsygdom, mikroskopisk kolit, galdesyrediarré, bivirkninger til medicin samt defæktations- og bækkenbundsdysfunktion.

IBS stilles positivt ud fra det typiske symptommønster: tilbagevendende mavesmerter, der hænger sammen med afføring, sammen med ændret afføringshyppighed eller -form. Til det bruger vi de internationale Rom V-kriterier sammen med en klinisk vurdering og en gennemgang for alarmsymptomer. Kriterierne er et redskab for lægen, ikke en selvtest, du kan bruge derhjemme. Passer dine symptomer ikke helt til kriteriesættet, betyder det hverken, at du har eller ikke har IBS. Det kræver en klinisk vurdering. En uddybende gennemgang af kriterierne, subtyperne og Bristol-skalaen findes hos EndoCap: IBS-udredning efter Rome V-kriterierne.

Hvad er irritabel tyktarm?

IBS er en forstyrrelse i samspillet mellem tarm og hjerne, tidligere kaldet en funktionel tarmlidelse. Undersøgelser af tarmen kan se normale ud, men et normalt fund er hverken universelt eller et selvstændigt diagnosekriterium. Tarmen arbejder anderledes, end den skal. Tilstanden er hyppig blandt voksne, ses oftere hos kvinder end hos mænd og debuterer typisk i de yngre voksenår.

Moderne forskning beskriver IBS som en forstyrrelse i kommunikationen mellem hjerne og tarm. Det betyder ikke, at symptomerne sidder i hovedet. De er ægte. Men nervesystemet i tarmvæggen er overfølsomt, og signaler, som de fleste mennesker slet ikke mærker, opleves som smerte, oppustethed eller trang til toilettet.

Der er ikke fundet én fastslået årsag. Flere mekanismer er beskrevet, og de vejer forskelligt fra person til person:

- **Visceral overfølsomhed.** Tarmens nerver reagerer kraftigere på normal udspiling fra mad og luft.
- **Ændret tarmbevægelse.** Maden bevæger sig enten for hurtigt eller for langsomt gennem tyktarmen.
- **Lavgradig immunaktivering i slimhinden.** Beskrevet hos en del patienter, især efter en mavetarminfektion, men fundet er ikke konsistent og forklarer ikke alle tilfælde.
- **Ændret tarmflora.** Der er beskrevet forskelle i tarmbakteriernes sammensætning, men dysbiose er en hypotese under udforskning og ikke en påvist årsag til IBS.
- **Stress og psykisk belastning.** Hjernen påvirker tarmens motorik via det autonome nervesystem og forstærker smerteoplevelsen.

Subtyper: IBS-C, IBS-D, IBS-M og IBS-U

IBS inddeles efter den dominerende afføringskonsistens på dage med symptomer:

- **IBS-C** (constipation) - hovedsageligt hård eller knoldet afføring.
- **IBS-D** (diarrhea) - hovedsageligt løs eller vandig afføring.
- **IBS-M** (mixed) - skifter mellem hård og løs.
- **IBS-U** (unclassified) - mønstret passer ikke entydigt i én gruppe.

Subtypen har betydning for, hvilken kost og hvilken medicin der virker bedst.

Typiske symptomer

- Tilbagevendende mavesmerter eller ubehag, som ofte lindres af toiletbesøg.
- Oppustet og udspilet mave, særligt sidst på dagen.
- Vekslede afføring uden tydeligt mønster.
- Slim i afføringen kan forekomme. Synligt blod bør derimod ikke tilskrives IBS uden lægelig vurdering.
- Følelse af ufuldstændig tømning.
- Forværring ved stress, menstruation eller bestemte måltider.

Mange patienter oplever også træthed, hovedpine eller søvnproblemer, fordi gener fra tarmen påvirker hele kroppen.

Hvad sker der efter udredningen?

Selve behandlingen af IBS er sjældent kirurgisk. Den foregår som regel hos egen læge eller en klinisk diætist, men du får fra os en plan, der peger på de tiltag, der er bedst undersøgt ved IBS:

- **Kost.** Opløselige fibre, for eksempel loppefrøskaller (psyllium), indgår ofte tidligt i kostrådene, fordi de kan påvirke både hård og løs afføring. Effekten er individuel, og der er ikke en fast rækkefølge, der gælder alle. Low-FODMAP-diæten er undersøgt ved IBS, men er kompleks, tænkt som et tidsbegrænset forløb med en planlagt genindførelse af madvarer, så kosten ikke bliver unødigt snæver, og bør følges sammen med en klinisk diætist. Nogle har gavn af færre uopløselige fibre fra hvedeklid, mindre kaffe, mindre alkohol eller færre kunstige sødemidler, men hvad der udløser symptomer, er forskelligt fra person til person.

- **Motion.** Regelmæssig fysisk aktivitet indgår i de fleste behandlingsvejledninger ved IBS. Nogle oplever lettere symptomer, men der er ikke en fast dosis eller varighed, der passer alle, og effekten er individuel.
- **Psykologisk behandling.** Kognitiv terapi og tarmrettet hypnoterapi har dokumenteret effekt og anbefales især ved moderate til svære tilfælde, eller når anden behandling ikke har hjulpet nok.
- **Medicin målrettet symptomerne.**
 - Ved forstoppelse: osmotisk afføringsmiddel, og i udvalgte tilfælde sekretagoger som linaklotid. Valg og dosering aftales med den behandlende læge.
 - Ved diarré: loperamid efter behov. Rifaximin er undersøgt ved IBS-D, men indgår ikke i almindelig behandling i Danmark og kan kun overvejes efter individuel lægelig vurdering.
 - Mod vedvarende mavesmerter kan en neuromodulator, typisk et tricyklisk antidepressivum i lav dosis, forsøges som central smertedæmper. Præparat og dosis fastlægges individuelt af den behandlende læge og angives ikke her.

Stop eller ændr aldrig ordineret medicin uden en konkret aftale med den behandlende læge.

Vi følger dig gerne op, hvis du senere får nye symptomer, der kræver fornyet udredning. Kommer der blod, vægttab eller pludselige ændringer, skal du henvende dig igen.

IBS kræver ikke i sig selv en kikkertundersøgelse. Ved alarmsymptomer eller ved tvivl om diagnosen kan koloskopi indgå i vurderingen, blandt andet for at skelne fra mikroskopisk colitis og kronisk tarmbetændelse.

Hvis symptomerne ændrer sig

IBS er en klinisk diagnose og kræver ikke i sig selv en kikkertundersøgelse. Nye symptomer som blod i afføringen, utilsigtet vægttab, blodmangel eller feber bør vurderes på ny, fordi de kan pege på en anden tilstand.

Blod i afføringen · Ændret afføringsmønster · Mikroskopisk colitis · Kronisk diarré

Prognose

IBS er kronisk, men ikke farligt. Tilstanden øger ikke risikoen for tarmkræft og forkorter ikke livet. Forløbet varierer fra person til person. Nogle oplever mere stabile symptomer, når mulige triggere er kortlagt, og når kost, søvn og stressniveau justeres, mens andre fortsat har svingende gener.

Kontakt klinikken eller bliv henvist

Du kan henvende dig direkte. Egen læge kan også sende henvisning gennem Sundhedsplatformen.

- Telefon: 39 64 01 25 (mandag til torsdag kl. 09-12)
- Mail: mail@kirurgen.dk
- Adresse: Hans Edvard Teglers Vej 9, 1. sal, 2920 Charlottenlund
- Ydernummer: 215430

Kilder

- Corsetti M et al. *Bowel Disorders*. *Gastroenterology* 2026;170(6):1261-1282. doi:10.1053/j.gastro.2026.02.003 · Rome Foundation, Rom V-oversigt
- BSG IBS guideline, *Gut* 2021;70:1214-1240, doi:10.1136/gutjnl-2021-324598

Denne vejledning er et uddrag af patientinformationen på kirurgen.dk og erstatter ikke individuel rådgivning. Den seneste version findes altid på hjemmesiden. Kirurgen.dk, Hans Edvard Teglers Vej 9, 1. sal, 2920 Charlottenlund, tlf. 39 64 01 25.