



Nasjonalt kompetansenettverk for funksjonelle magesykdommer (NKFM)

# UTREDNINGSVEILEDER FOR FUNKSJONELLE SYKDOMMER I TARM

---

2023



# Utredningsveileder for funksjonelle sykdommer i tarm

Nasjonal Kompetansetjeneste for Funksjonelle Mage-tarmsykdommer  
(NKFM)

Versjon: juli 2023.

## Arbeidsgruppen:

Denne veilederen er utarbeidet etter oppdrag fra NKFM, og omfatter all utredning av pasienter med funksjonelle tarmsykdommer. Arbeidsgruppen er sammensatt av erfarne gastroenterologer og allmennlege med irritable tarm som interesseområde

<b>Dag Arne Lihaug Hoff</b>	<b>Helse Møre og Romsdal HF</b>	<b>Gastroenterolog</b>	<b>Med.avd., Ålesund og forskningssjef HMR</b>
<b>Knut Arne Wensaas</b>	<b>Kalfaret Legesenter</b>	<b>Fastlege, Ph.D.</b>	<b>Norce Research Centre</b>
<b>Jørgen Valeur</b>	<b>Lovisenberg Sykehus</b>	<b>Gastroenterolog</b>	<b>Med.avd. LDS</b>
<b>Jan Magnus Kvamme</b>	<b>UNN Tromsø</b>	<b>Gastroenterolog</b>	<b>Med.avd. UNN</b>
<b>Elisabeth Steinsvik</b>	<b>Helse Bergen HF</b>	<b>LIS 2/3</b>	<b>Med.avd HUS</b>
<b>Cecilie Larsen</b>	<b>Helse Bergen HF</b>	<b>Klinisk ernæringsfysiolog</b>	<b>NKFM</b>
<b>Jan Gunnar Hatlebakk</b>	<b>Helse Bergen HF</b>	<b>Gastroenterolog</b>	<b>Leder, NKFM</b>

## Avgrensning av målgruppe, pasientgruppe og definisjoner

Denne veilederen omfatter utredning i førstelinjetjenesten samt spesialisthelsetjenesten av pasienter med funksjonelle tarmsykdommer. Med dette mener vi irritable tarmsyndrom (IBS, ICD K58), funksjonell diaré (ICD K59.1), funksjonell forstoppelse (ICD K59.0) og relaterte sykdommer. Det er kjent at enkelte andre fordøyelsessykdommer kan gi IBS-symptomer som komplikasjon, eller at pasienter opplever symptombilde som ligner IBS etter kirurgi, men disse pasientene omfattes ikke av denne veilederen.

Veilederen er ment for leger som utreder pasienter med mulig funksjonell tarmlidelse. I hovedsak vil dette gjelde allmennleger, spesialister i fordøyelsessykdommer og

gastrokirurgi. Formålet med veilederen er å inspirere til korrekt bruk av klinisk utredningsressurser, sikre riktig diagnosesetting på et tidlig tidspunkt, og å sikre at pasienter i hele Norge får et likt utredningstilbud. Veilederen skal også advare mot utredning som verken er faglig dokumentert eller vist å være klinisk nyttig.

Utredning og oppfølging av pasienten skal skje på det lavest forsvarlige nivå, med tidlig tilbakeføring til fastlegens oppfølging. Dette sparer tid og ressurser, men letter også samarbeidet med NAV og rehabilitering til arbeidslivet for sykmeldte pasienter.

### **Arbeidsmåte for veilederen:**

Teksten baserer seg på forfatterens kjennskap til litteraturen og er oppdatert til tidspunktet angitt side 1.

### **Viktigheten av å gi diagnosen irritable tarm**

At pasienten får diagnosen irritable tarm er et grunnleggende element i god omsorg og behandling av tilstanden. Det er utgangspunktet for å gi en forklaring av symptomene, råd om kosttiltak og eventuelt medikamentell behandling. Mangel av diagnose og usikkerhet om årsak til magesmerter kan føre til gjentatt / unødvendig utredning og bygge opp under helseangst. Det er viktig at legen nevner diagnosen IBS på et tidlig tidspunkt og at utredningen tjener til å sannsynliggjøre diagnosen.

### **Funksjonelle tarmsykdommer**

Irritable tarm syndrom er i Roma IV-kriteriene definert som en kronisk tilstand karakterisert av magesmerter knyttet til endring i avføringsmønster (Ref.). Følgesymptomer som oppblåsthet, luft i magen, og følelse av ufullstendig tømming av tarmen etter toalettbesøk er vanlig. Symptomene lindres ofte etter avføring. I klinisk sammenheng er man ofte ikke fullt så kategorisk, og omtaler også pasienter som har ellers uforklarte *ubehag* relatert til tarmfunksjonen som IBS-pasienter. I disse retningslinjene vil vi legge oss på en pragmatisk, mer klinikknær linje, og inkludere disse pasientene, siden tilnærmingen er lik. I klinisk forskning vil det imidlertid være mer hensiktsmessig å forholde seg strikt til de gjeldende Roma-kriterier for diagnosegruppene.

De diagnosene som er inkludert i disse retningslinjene omfatter Roma IV-diagnosene:

- Irritable tarm syndrom
- Funksjonell diaré
- Funksjonell forstoppelse

Felles for tilstandene er at de kan forklares delvis av en forstyrret interaksjon mellom tarm og hjerne. Til grunnliggende mekanismer og funn ved flere av tilstandene er forenlig med visceral hypersensitivitet, dysmotilitet i tarm, endring i tarmens mikrobiotasammensetning og lavgradig inflammasjon.

Irritabel tarm syndrom har flere undergrupper:

- IBS med dominerende obstipasjon
- IBS med dominerende diaré
- IBS med blandet forstoppelse og diaré

### **Forekomst av funksjonell tarmsykdom i Norge:**

Basert på nye data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT4) skårer hele 12.1% hos kvinner og 7.1% hos menn på irritabel tarm etter Roma II-kriteriene, mens en klinisk diagnose vil være sjeldnere. Forekomsten er høyest mellom 18 og 40 år, og avtar med alder. Langt fra alle vil ha klinisk sykdom og ha søkt lege for sine mageplager.

### **Anamnese ved funksjonell sykdom i tarm:**

1. Hvilke(t) symptom er mest plagsomt for pasienten?
2. Magesmerter og deres relasjon til andre symptomer
3. Oppblåsthet, luftplager
4. Kvalme, samtidig dyspepsi
5. Avføringsvaner
6. Kartlegge hyppighet og konsistens / utseende (Bristol Stool Form Scale)
7. Bruk av laksantia
8. Behov for straining, mekanisk hjelp
9. Følelse av ufullstendig tømming
10. Urge - hasteavføring
11. Inkontinens
12. Subjektiv matintoleranse, kost, medikamenter, alkohol
13. Sosiale konsekvenser for utdanning/jobb/sykmelding/parforhold/barn
14. Reiseanamnese
15. Komorbiditet – funksjonelle magetarmlidelser, fatigue, muskel/skjelett-smerter, hodepine/migrene, generelle smertetilstander, bekkenbunnsplager. angst / depresjon
16. Pasientens grunn til å kontakte lege nettopp nå?
17. Forventningsavklaring vedr utredning og behandling

## Kartlegging av kost

En stor andel av IBS pasientene opplever å bli dårlig av en eller flere matvaregrupper og unngår derfor disse. Dette kan for noen resultere i et svært begrenset kosthold som kan gi næringsmangler eller forstyrret spisemønster. Selvrappertert matintoleranse er assosiert med høy symptombyrde og redusert livskvalitet.

- Enkel kostanamnese: Kartlegge kostvalg (for eksempel mye «fast food»), måltidsrytme, fiberinntak, væskeinntak, laktose, sukkeralkoholer, koffein.
- Spiseforstyrrelse/forstyrret spisemønster/selektiv matinntak.
- Står pasienten allerede på diett eller har andre kostrestriksjoner? Ernæringsmessig risiko? Ufrivillig vekttap?
- Blodprøver kan supplere vurderingen: vitamin- D, B12, Folat, Ferritin, Hb (evt også homocystein, metylmalonsyre).

## Alarmsymptomer:

Man må sikre seg at der ikke er indikasjon på alvorligere sykdom, som taler for mer ekstensiv og prioritert utredning, spesielt med colonoskopi og billeddiagnostikk:

- Familieanamnese for inflammatorisk tarmsykdom eller colorectal cancer.
- Blod i avføringen (synlig).
- Utilsiktet, uforklart vekttap
- Nattdiarré
- Patologiske svar på CRP, Hb, (fall i) ferritin, fekal kalprotektin (>200?)
- Mangeltilstander ellers
- Fekal test på blod inngår ikke i en standard IBS utredning hos yngre pasienter uten anemi.
- Hos pasienter >45-50 år med nytilkomne symptomer er der indikasjon for koloskopi selv uten blod i avf.

## Diagnostisk tilnærming

Når anamnesen samlet gir grunn til å mistenke funksjonell tarmlidelse, er det nyttig at legen tidlig foreslår muligheten for dette. Eventuell videre utredning vil da være for å styrke denne diagnosen ved å avkrefte differensialdiagnoser. Det er viktig å ikke bagatellisere pasientens symptomer og konsekvensene disse har for dagliglivets funksjoner og pasientens livskvalitet! Pasienten skal aldri sitte igjen med følelsen av at legen mente det «bare var psykisk», men heller at hun/han ble hørt og tatt på alvor.

## Differensialdiagnoser:

1. Cøliaki,

2. Organisk betinget obstipasjon.
3. Ulcerøs colitt eller mikroskopisk colitt ved diaré, Mb.Crohn
4. Gallesyremalabsorpsjon med diaré
5. Colorectal cancer
6. Kostavvik inklusive høyt inntak av koffein, alkohol og fermentérbare karbohydrater.
7. Bivirkninger av medikamenter, spesielt opioider og psykofarmaka
8. Flere?

### **Grunnleggende laboratorieprøver av blod og avføring**

1. CRP, Hb, LPK
2. Cøliakiprøver i form av s-transglutaminase2 IgA + total IgA (unngå GF kost 4 uker før diagnostikk!). Alle med positiv s-transglutaminase skal så henvises gastroskopi for å bekrefte cøliakidiagnosen.
3. Ferritin
4. Folat
5. TSH
6. Tarmpatogene bakterier + Cl.diff toksin bare ved mistanke om infeksjon
7. Fekal kalprotectin

### **Indikasjoner for colonoskopi med biopsier:**

Colonoskopi kan ikke alene bekrefte funksjonell tarmsykdom, men kan utelukke enkelte differensialdiagnoser. Hos mange pasienter er ileocolonoskopi indisert, basert på alarmsymptomer, økt kreftrisiko eller aldersvurdering. Likevel er det viktig at problemstillingen IBS er nevnt i henvisningen, for riktig prioritering og fokus. Colonoskopi for å berolige en pasient og komme videre i utredningen skal absolutt være mulig.

Ved IBS-D, ofte med betydelig diaré og urge, er colonoskopi med biopsier fra høyre og venstre colonhalvdel indisert for å kunne diagnostisere mikroskopisk colitt. Lav verdi av fekal kalprotectin < 150, er adekvat for å utelukke ulcerøs colitt, men ikke Mb.Crohn i tynntarm eller mikroskopisk colitt.

Ved IBS-M eller IBS-C er gevinsten av colonoskopi svært liten, i fravær av alarmsymptomer og ved alder <50 år. Ved passert alder 60år, kan indikasjonen for colonoskopi være liberal, siden funn av polypper er vanlig og tidlig cancer er ikke uvanlig.

Det er viktig at et adekvat antall biopsier tas fra både høyre og venstre colon for å kunne utelukke (mikroskopisk) colitt, mens biopsier fra ileum terminale er potensielt nyttige hvis tilgjengelige.

## I primærhelsetjenesten

---

De aller fleste pasienter med funksjonelle tarmlidelser håndterer plagene på egenhånd eller i samråd med sin fastlege. Det meste av utredning skjer best hos fastlegen, hvor også oppfølgingen skjer.

Noen pasienter bør vurderes henvist til videre utredning og behandling utover evt. endoskopi med biopsier. Det vil alltid være en skjønnsvurdering hvem dette gjelder, og hvor omfattende denne utredningen skal være mtp diagnostisk gevinst (jfr. **Kloke valg**). Følgende faktorer taler for slik henvisning:

Diagnostisk usikkerhet:

- Mangeltilstander som er uforklart
- Likevel mistanke om cøliaki / tynntarmssykdom
- Vekttap som er uforklart, ernæringsutfordringer

Høyt symptomtrykk

Gjentatte eller langvarige fravær fra jobb / utdanning på grunn av tilstanden

Tilgang på utredning og behandlingsmodaliteter som ellers ikke er tilgjengelige.

Henvisningen bør inneholde en presis sammenfatning av alt som allerede er gjort, inklusive tidspunkter og presis gjengivelse av funn ved billedundersøkelser, endoskopi og histopatologiske vurderinger. Dette for å spare unødig ressursbruk er slik kartlegging viktig. Videre trengs en forventningsavklaring vedrørende utredning og mulig nye behandlingstiltak

Det er noen ganger nyttig å be om en oppsummering etter colonoskopi eller andre undersøkelser, i det

Medikamentanamnese er viktig, inklusive opiater og laxantia.

## Utredning i spesialisthelsetjenesten

---

De fleste pasientene vil kunne utredes poliklinisk. Noe utredning er nødvendig, men ofte er det tilstrekkelig med en god anamnese, klinisk undersøkelse og enkelte blodprøver.

Enkelte differensialdiagnoser kan være krevende å utrede og er nok oftest en spesialistoppgave, eller oppgave for spesielt interesserte allmennleger.

**Hos inntil 10% av pasienter med cøliaki svikter serologiske prøver og der kan trengs gastroskopi med tynntarmsbiopsier. Gastroskopi bør vurderes ved positiv familieanamnese på cøliaki, ved IgA-mangel eller jernmangel/folat mangel som ikke lett normaliseres ved tilskudd.**

Hvis der ikke er utført colonoskopi, må dette vurderes også ved betydelig diaré eller generelt ved høyt symptomtrykk.

For å spare unødig ressursbruk er kartlegging av hva som allerede har vært gjort av utredning viktig. Videre en forventningsavklaring vedrørende utredning og mulig nye behandlingstiltak. Noen ganger kan en enkel oppsummering etter colonoskopi eller andre undersøkelser være på sin plass, uten indikasjon for andre utredninger.

- Oppdatert medikamentanamnese, opiat, laxantia og effekt av de ulike
- Kostavvik eller diettbehov som krever henvisning til klinisk ernæringsfysiolog
- Spørreskjema kan være nyttig for kartlegging, og letter kommunikasjonen. Vi foreslår at man kan bruke:
  - Bristol Stool Form Scale
  - IBS-symptom severity scale – nyttig for kartlegging av symptombyrde, kan brukes for å følge pasienten over tid med gradering av symptomene til mild, moderat og alvorlig.

Forstoppelse er hyppig forekommende, og IBS-C og funksjonell forstoppelse er de vanligste årsakene. Oroanal transitid kan vurderes når der er uklarhet om avføringsmønsteret. Evt. vurdere en henvisning til bekkenbunnsspesialist eller anorektalkirurg for vurdering.

### **Indikasjoner for avansert billeddiagnostikk og motilitetsundersøkelser**

- MR tarm
- Ultralyd abdomen
- Trådløs motilitetskapsel («SmartPill»)

Også noen andre problemstillinger faller naturlig inn under spesialisthelsetjenesten å utrede, bl.a for å unngå overforbruk av ressurser:

- a. Gallesyreindusert diaré
- b. Dysbiose
- c. Bakteriell overvekst i tynntarm
- d. Lekk tarm-problematikk
- e. Karbohydrat malabsorpsjon
- f. Allergikutredning: Anbefales ikke rutinemessig og IgG-antistoffstester anbefales ikke.

- g. Kronisk infeksjon – Giardia lamblia?
- h. Smertevurdering?
- i.   Pancreasinsuffisiens screenes for med fekal elastase, en skal ikke prøvebehandle med enzymsubstitusjon.

## Gallesyremalabsorpsjon

**I tynntarmens distale del blir nær 95 % av gallesyrene reabsorbert og inngår i det enterohepatiske kretsløp. Mangelfull reabsorpsjon kan være årsak til kronisk (vandig) diare, både ved organisk og funksjonell sykdom. I tykktarm vil økt mengde gallesyrer og assosiert endret bakterieflora gi vandig diare.**

Det er estimert at omlag 30% av pasientene med funksjonell diare og IBS med dominerende diaré har gallesyre malabsorpsjon.

Det er vanlig å bruke gallesyrebindere som cholestyramin som en 7-14 dagers empirisk test, men om den empiriske testen er positiv bør en helst gjennomføre en objektiv diagnostisk test.

Objektive tester for gallesyremalabsorpsjon ved funksjonell diare eller IBS-diaretype skal en først vurdere etter at primærutredning/behandling er utført.

Det fins diagnostiske tester for gallesyremalabsorpsjon i form av både pusteprøve, blodprøver (serum \*FGF19 og fastende serum \*C4), avføringsprøve (48-timers samling av avføring). Testene er lite brukt om i det hele tatt tilgjengelige i Norge og de har heller ikke enda funnet sin klare kliniske nytte. C4 har f.eks vært brukt som en enkel screening, for deretter å gjennomføre annen verifiserende tester.

Den nukleærmedisinske testen SeHCAT (75-selenium homocholeic acid taurine) er internasjonalt vurdert som gullstandard. Grense for patologi er <10% retensjon som også korrelerer bedre med effekt av medikament. Testen er tilgjengelig i alle helseregioner i Norge, men resurskrevende for pasient og en relativt høy kostnad.

## Dysbiose

Forstyrrelser i tarmfloraen – såkalte dysbioser – er foreslått som mulig årsak til kroniske tarmlager. Dyrestudier har for eksempel vist at både sensitivitetforstyrrelser og motilitetsforstyrrelser kan overføres fra IBS-pasienter til gnagere ved avføringstransplantasjon (Crouzet L et al.2013). Det er påvist forskjeller i tarmbakteriesammensetning mellom IBS-pasienter og friske kontroller, men resultatene er lite konsistente, og det er uklart om endringene er primære eller sekundære til endret tarmfunksjon (DePalma et al. 2017, Dahlqvist G et al. 2011). Dysbiosebegrepet er dessuten problematisk: det er så langt ingen enighet om hva som utgjør en «sunn» normalflora. «Dysbiosetestester» har så langt ingen plass i klinisk utredning og oppfølging på individnivå.

## **Mistenkt bakteriell overvekst i tynntarm**

(«small intestinal bacterial overgrowth»; SIBO) kan være et klinisk problem ved visse avvik i magetarmkanalens anatomi (eksempelvis etter kirurgi) og ved alvorlige motilitetsforstyrrelser (eksempelvis kronisk intestinal pseudo-obstruksjon). Betydningen av SIBO ved IBS er imidlertid sterkt omdiskutert, ikke minst fordi testene som vanligvis brukes for å påvise SIBO, såkalte hydrogen/metan-pusteprøver, har en rekke feilkilder. Evidensgrunnlaget for å teste og behandle SIBO ved IBS ble nylig gjennomgått i en oversiktsartikkel fra ACG og samtlige anbefalinger ble vurdert å ha enten «low level of evidence» eller «very low level of evidence». I Norge har vi en langt mer restriktiv antibiotikapolitikk enn USA og Sør-Europa. Vi anbefaler verken bruk av hydrogen/metan-pusteprøver eller «blind» antibiotikabehandling for SIBO-diagnostikk ved IBS i klinisk rutinediagnostikk.

## **«Lekk tarm»**

Begrepet «lekk tarm» («leaky gut») er ofte uklart definert, men handler om at tarmveggen har økt permeabilitet for lumenale agens. I dyremodeller ser dette ut til å være en viktig mekanisme for utvikling av ulike betennelsestilstander, men der finnes ingen pålitelige tester for å måle tarmpermeabilitet i praksis. Markøren zonulin er beheftet med stor usikkerhet og avvik har ikke klinisk konsekvens.

## **Smertediagnostikk**

Det er viktig å forklare for pasienten at visceral hypersensitivitet er viktig årsak til smerte. For noen få pasienter er muligheten for henvisning til smerteteam eller bekkenbunnsteam viktig der et mer omfattende smertesyndrom dominerer.

## **Behov for utredning ved KEF eller i tverrfaglig team**

Dersom pasienten har ernæringsutfordringer eller skal følge strengere dietter med risiko for feilernæring/underernæring, bør pasienten henvises til KEF for individuell vurdering og veiledning.

Hos enkeltpasienter er det også aktuelt med henvisning til psykosomatisk vurdering, til sosionom eller Smerteklinikk.

Der er begrensede erfaringer med tverrfaglig team («IBS-poliklinikk») som i større og mindre grad anvender Multidimensional Clinical Profiling (Roma IV) for valg av utrednings- og videre behandlingsstrategier.

## Oppfølging av pasientene

---

Alle pasientene med funksjonell tarmsykdom skal følges av fastlegen etter behov, mens regelmessige kontroller i spesialisthelsetjenesten som regel er av liten verdi, dog avhengig av behandlingsbehov som ved ernæringssvikt.

### **Grunner for re-henvisning til spesialisthelsetjenesten**

Erfaringen viser at symptom bildet kan endres over tid, uten at dette skal medføre ny henvisning enn si invasiv utredning. Nytilkomne endringer i sykdomsbildet må alltid vurderes opp mot dette og særlig må der tas hensyn til alarmsymptomer /-funn!

## Second opinion i spesialisthelsetjenesten

---

Enkelt pasienter skal kunne henvises til videre vurdering ved regionale poliklinikker der spesielt høy kompetanse finnes. Grunnlaget for å gjøre dette er at et mindretall av pasienter med betydelig lidelsestrykk og / eller uklare funn trenger en klar diagnose mtp videre behandlingstiltak.

## Konklusjoner

---

Med en så stor pasientgruppe er kloke valg i bruk av utredningsressurser nødvendig, for at ikke alvorlig sykdom blir oversett, mens faren for unødig sykeliggjøring må ha sin mening.