
Bakteriell overdiagnostikk i tynntarm

FRA FAGMILJØENE

MATTIS BEKKELUND

mattis.bekkelund@gmail.com

Mattis Bekkelund er lege og stipendiat ved Unger-Vetlesens Institutt, Lovisenberg Diakonale sykehus og Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FREDERIK EMIL JUUL

Frederik Emil Juul er postdoktor i forskningsgruppen Klinisk effektforskning ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og lege i spesialisering ved Medisinsk avdeling, Bærum sykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har holdt pro-bono foredrag om bruk av tarmflorabehandling på Vestre Viken Gastroforum, organisert av Tillotts Pharma, i mai 2024.

OLAV SANDSTAD

Olav Sandstad er dr.med., spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og overlege ved Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JØRGEN VALEUR

Jørgen Valeur er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Lovisenberg diakonale sykehus, instituttbestyrer ved Unger-Vetlesens Institutt og professor ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Pusteprobebasert diagnostikk av bakteriell overvekst i tynntarm bør unngås hos pasienter med funksjonelle tarmlidelser.

Bakteriell overvekst i tynntarm (*small intestinal bacterial overgrowth*) er kolonisering av tynntarmen med mikrober som normalt ikke er der, og er et kjent problem ved kronisk intestinal stase på grunn av avvikende anatomi (strikturer, divertikler, post-operative blinde lommer) eller fysiologi (alvorlige motilitetsforstyrrelser) [\(1\)](#). Det er foreslått at bakteriell overvekst i tynntarm fører til irritabel tarm-syndrom, og at tilstanden kan påvises ved måling av hydrogen og metan i ekspirasjonsluft etter laktuloseinntak [\(2\)](#).

Spesialisthelsetjenesten opplever nå en økning i henvisninger der pasienter med funksjonelle tarmlidelser har utført pusteprobe ved privat laboratorium og ønsker gastromedisinsk oppfølging. Med støtte i oppdaterte råd fra de europeiske og amerikanske nevrogastroenterologimiljøene [\(1\)](#), fraråder vi slik diagnostikk hos pasienter med funksjonelle tarmlidelser.

Overvekst eller rask transittid?

Tarmmikrober produserer hydrogen og metan når de fores med substrater som glukose og laktulose, såkalt fermentering. Deteksjon av disse gassene viser at fermentering foregår, men forteller ingenting om hvor i tarmkanalen dette skjer. Fermentering er et normalfenomen i tykktarmen, men ikke i den mikrobefattige tynntarmen. Normal oro-cøkal transittid er > 90 minutter. Rask stigning av hydrogen i ekspirasjonsluften etter substratinntak kan enten skyldes fermentering i tynntarmen, eller at passasjen gjennom tynntarmen er raskere enn 90 minutter. Det er dermed ikke mulig utfra hydrogenmålinger alene å skille mellom bakteriell overvekst i tynntarm og rask transittid. Rask transittid er den vanligste årsaken til en «positiv» pusteprobe hos pasienter med irritabel tarm-syndrom [\(3\)](#).

Metan og forstoppelse

Metan produseres hovedsakelig av arker (bakterielignende mikrober som tilhører et eget domene) i den distale tykktarmen. Disse finnes som et fysiologisk fenomen hos en tredjedel av befolkningen, hvorav flesteparten vil ha metannivåer i ekspirasjonssluften som kvalifiserer for en «positiv» pusteprobe [\(4\)](#). En pusteprobe som er «positiv» for metan, betyr derfor ikke «positiv» for bakteriell overvekst i tynntarm. Høye metannivåer i tykktarmen kan ha sammenheng med forstoppelse [\(5\)](#), men behandlingen må rette seg mot forstoppelsen, ikke metanproduksjonen.

En «positiv» pusteprobe hos en pasient uten sikker årsak til kronisk intestinal stase, kan altså ikke uten videre tolkes som bakteriell overvekst i tynntarm.

REFERENCES

1. Kashyap P, Moayyedi P, Quigley EMM et al. Critical appraisal of the SIBO hypothesis and breath testing: A clinical practice update endorsed by the European society of neurogastroenterology and motility (ESNM) and the American neurogastroenterology and motility society (ANMS). *Neurogastroenterol Motil* 2024; 36: e14817. [PubMed][CrossRef]
2. Lin HC. Small intestinal bacterial overgrowth: a framework for understanding irritable bowel syndrome. *JAMA* 2004; 292: 852–8. [PubMed][CrossRef]
3. Yu D, Cheeseman F, Vanner S. Combined oro-caecal scintigraphy and lactulose hydrogen breath testing demonstrate that breath testing detects oro-caecal transit, not small intestinal bacterial overgrowth in patients with IBS. *Gut* 2011; 60: 334–40. [PubMed][CrossRef]
4. Levitt MD, Furne JK, Kuskowski M et al. Stability of human methanogenic flora over 35 years and a review of insights obtained from breath methane measurements. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4: 123–9. [PubMed][CrossRef]
5. Hoegenauer C, Hammer HF, Mahnert A et al. Methanogenic archaea in the human gastrointestinal tract. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2022; 19: 805–13. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 24. januar 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0655
Mottatt 10.12.2024, første revisjon innsendt 20.12.2024, godkjent 2.1.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.