Prikkelbare darm syndroom: diagnostiek in de eerste lijn.

Praktijkbevorderend project in 2 huisartsenpraktijken.

Nathalie Van de Putte, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Tack, KU Leuven
Praktijkopleidster: Dr. Patricia Vangenechten

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding

Het prikkelbare darm syndroom (PDS) is de meest voorkomende functionele darmaandoening in zowel eerste als tweede lijn. Er heerst in de eerste lijn een bepaalde onzekerheid omtrent het stellen van deze diagnose. Diverse factoren beïnvloeden de beslissing tot verder onderzoek. Dit praktijkbevorderend project tracht een antwoord te vinden op volgende vragen. Wanneer kunnen we als huisarts de diagnose PDS stellen? Wat zeggen de richtlijnen over de te volgen diagnostische procedure? Wat is de huidige aanpak van zeven huisartsen, werkzaam in twee verschillende praktijken? Waar liggen bij diezelfde huisartsen de knelpunten in de diagnostiek?

Methode

Na het grondig doornemen van de richtlijnen, wordt een flowchart opgesteld, dewelke kort en duidelijk een correct diagnostisch beleid weergeeft. Door middel van een vragenlijst wordt er getracht inzicht te krijgen in hoe zeven artsen, werkzaam in twee verschillende praktijken, de diagnose PDS stellen. Na het verwerken van de vragenlijsten, worden de knelpunten besproken met de huisartsen en wordt een korte presentatie gegeven over de te volgen diagnostische procedure. Nadien wordt de flowchart aan de artsen overhandigd zodat in de toekomst de diagnostiek accuraat en evidence based kan verlopen, zonder overbodige onderzoeken en kosten.

Resultaten

Een uitgebreide anamnese met aandacht voor de symptomen die passen bij PDS, risicofactoren en niet-pluissymptomen en aandacht voor de ICE van de patiënt, evenals het sociaal en psychologisch welzijn, zijn de basis voor een goede diagnostiek. Bepaling van het subtype PDS aan de hand van de Bristol Stool Scale is van belang om een differentieel diagnose op te stellen. Bij een eerste presentatie verricht de huisarts altijd lichamelijk onderzoek en een beperkte bloedanalyse (bezinking, CRP, bloedbeeld), met eventueel screening naar coeliakie, met als doel een onderliggende organische aandoening meer of minder waarschijnlijk te maken. Bij aanwezigheid van risicofactoren, niet-pluissymptomen of bevindingen die niet passen bij PDS, dient aanvullend onderzoek te gebeuren en moet doorverwijzing naar de tweede lijn overwogen worden. Bij afwezigheid van risicofactoren en niet-pluissymptomen is verwijzing niet nodig. Een duidelijke communicatie over de pathofysiologie van PDS en de te volgen diagnostische procedure zal de patiënt meer geruststellen en vertrouwen geven. Echter bij aanhoudende onzekerheid bij de patiënt kan doorverwijzing alsnog overwogen worden.

Na verwerking van de vragenlijsten kwamen er verschillende werkpunten aan het licht. De zeven huisartsen zijn in staat om de diagnose PDS te stellen, maar er is onvoldoende eensgezindheid over de te volgen diagnostische procedure.

Conclusie

De flowchart zal de artsen helpen om in de toekomst de diagnostiek bij PDS evidence based en zonder twijfel te laten verlopen, zodat overbodige aanvullende onderzoeken en een grote maatschappelijke kost kan vermeden worden.

Inhoud

Abstract 3

Inhoud 4

Voorwoord 6

Prikkelbare darm syndroom: diagnostiek in de eerste lijn 7

1. Wat vinden we terug in de literatuur? 7

1.1 Inleiding – omkadering 7

1.2 Epidemiologie 8

1.3 Pathofysiologie 9

1.4 De ROME –criteria 10

1.5 Diagnostiek en aanvullend onderzoek 11

1.5.1 Onderzoek naar coeliakie 13

1.5.2 Onderzoek naar schildklierdysfunctie 14

1.5.3 Onderzoek naar voedingsallergie en voedingsintolerantie 15

1.5.4 Onderzoek naar lactose malabsorptie 17

1.5.5 Onderzoek naar parasieten 18

1.5.6 Onderzoek naar Clostridium difficile 18

1.5.7 Onderzoek naar ovariumcarcinoom 18

1.5.8 Onderzoek naar inflammatoire darmziekten/colitis 19

1.5.9 Onderzoek naar colorectale kanker 20

1.5.10 Onderzoek naar microscopische en collageneuze colitis 21

1.5.11 Onderzoek naar galzoutmalabsorptie 21

1.5.12 Onderzoek naar bacteriële overgroei in de dunne darm 21

1.6 Doorverwijzing naar de tweede lijn 21

2. Onderzoek naar de diagnostische aanpak in 2 groepspraktijken. 23

2.1 Inleiding 23

2.2 Methode 23

2.3 Resultaten en bespreking 24

2.4 Discussie 34

2.5 Conclusie 35

Algemeen besluit 36

Literatuurlijst 37

Bijlagen 41

Voorwoord

Alvorens de thesis toe te lichten, wens ik nog enkele personen te bedanken voor hun bijdrage en tijd. Mede dankzij hen groeide deze thesis uit tot een mooi resultaat.

Dank aan mijn promotor, Prof. Dr. Jan Tack, voor de begeleiding en het nalezen van de masterproef.

Dank aan mijn collega's Dr. Kris Verhaegen, Dr. Ilse Janssens, Dr. Line De Hert, Dr. Hannah Willems, Dr. Patricia Vangenechten, Dr. Lieve Docx en Dr. Lien Joillet. Zonder hun medewerking en interesse had mijn thesis niet kunnen uitgroeien tot een praktijkbevorderend project. Extra dank aan Dr. Patricia Vangenechten, mijn praktijkopleidster, voor het grondig nalezen van dit werk.

Prikkelbare darm syndroom: diagnostiek in de eerste lijn.

1. Wat vinden we terug in de literatuur?

1.1 Inleiding – omkadering[1-8]

Het prikkelbare darm syndroom (PDS) is de meest voorkomende functionele darmaandoening in zowel eerste als tweede lijn. Wanneer mogen we als huisarts deze diagnose stellen? PDS is een symptoomdiagnose en als huisarts moeten we bepalen welke andere aandoeningen we met zekerheid willen uitsluiten voordat we de diagnose PDS kunnen stellen. Diverse factoren beïnvloeden de beslissing tot verder onderzoek: de aanwezigheid van alarmsymptomen (niet-pluissymptomen en risicofactoren), de kans op een organische ziekte (voorkans, aantonende en uitsluitende factoren en de nakans), de aanwezigheid van comorbiditeit en psychosociale factoren en de behoefte van arts of patiënt aan diagnostische zekerheid.

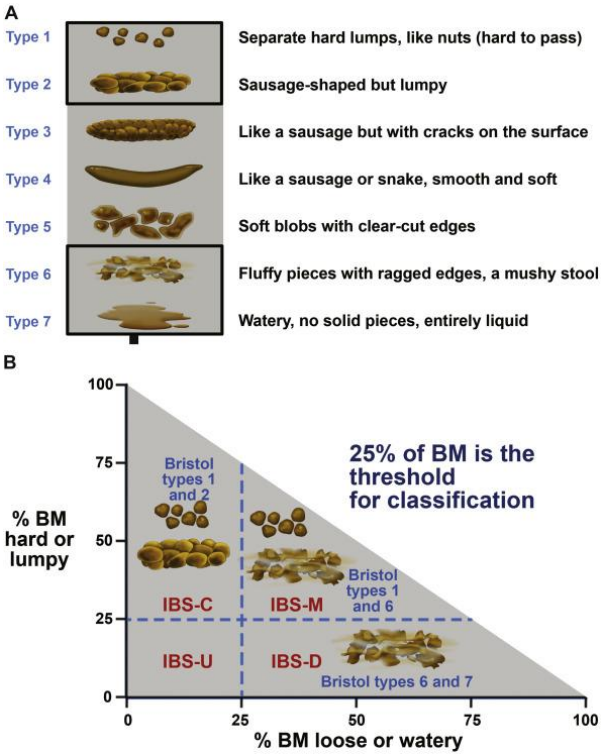
Bij de diagnostiek van PDS doen zich een aantal knelpunten voor:

- De verwachtingen en inzichten van de patiënt komen vaak niet overeen met die van de arts. Een groot deel van de patiënten verwacht aanvullend onderzoek of een verwijzing naar een specialist, terwijl huisartsen aanvullend onderzoek trachten te beperken tot die patiënten die niet-pluissymtomen of risicofactoren hebben.
- Er is onvoldoende eensgezindheid over de definitie en het diagnostisch beleid.
- De taakverdeling tussen eerste en tweede lijn is onduidelijk.
- Communicatie tussen arts en patiënt verloopt stroef of niet duidelijk waardoor de patiënt zich niet gehoord en geholpen voelt.

Deze knelpunten kunnen gedeeltelijk worden voorkomen door:

- De verwachtingen en de bezorgdheden van de patiënt te bevragen.
- Een open communicatie en een sterke arts-patiëntrelatie.
- Aandacht voor de culturele en etnische achtergrond, voor communicatieproblemen en voor cognitieve mogelijkheden.
- Duidelijke uitleg waarom er bij het ontbreken van niet-pluissymptomen of risicofactoren geen meerwaarde van uitgebreid onderzoek te verwachten valt.
- Het bespreken van de te volgen diagnostische procedures en de mogelijke risico's en kosten van aanvullend onderzoek.

Volgens internationale consensus is het hoofdkenmerk van PDS terugkerende pijn in de onderbuik (grootste sensitiviteit 90%) dewelke gepaard gaat met veranderingen in stoelgangconsistentie en –frequentie en dewelke verbetert na ontlasting (Rome criteria). PDS kan zich, afhankelijk van de consistentie en frequentie van de ontlasting, voordoen in 3 subtypes: PDS met constipatie (PDS-C), PDS met diarree (PDS-D) en de gemengde vormen (PDS-M). De Bristol-stoelgangschaal beschrijft de consistentie van de ontlasting en kan helpen om deze verschillende subtypes te identificeren. Een patiënt kan in het ziekteverloop van het ene naar het andere subtype evolueren. Deze classificatie is vooral van belang bij de differentiële diagnose en de therapeutische strategie. Deze thesis zal gaan over de te volgen diagnostische procedure bij PDS. De therapeutische strategie komt hier niet aan bod.



Figuur 1: Bristol-stoelgangschaal en PDS-subtypes

De gevolgen van PDS gaan vaak verder dan enkel abdominale klachten. PDS heeft een belangrijke invloed op de kwaliteit van leven. Vermoeidheid, slaapproblemen, angststoornissen, verhoogde prikkelbaarheid, werk- of schoolverzuim, afname van dagelijkse activiteiten en afname van sociale contacten zijn gekende geassocieerde klachten van PDS.

Een voorwaarde voor het stellen van de diagnose PDS in de eerste lijn is dat andere belangrijke organische aandoeningen redelijkerwijs uitgesloten worden. In deze thesis wordt besproken wanneer aanvullend onderzoek of verwijzing naar de tweede lijn nodig zijn.

1.2 Epidemiologie[2,9,10]

De prevalentie van PDS verschilt sterk tussen verschillende landen. Minstens 1 op de 10 Belgen heeft last van symptomen passend bij PDS[2]. Een internationale studie toont aan dat in België slechts 20% van de patiënten met PDS-symptomen een arts zal contacteren. Dit in tegenstelling tot 50% in Italië, 30% in Nederland en 10% in Zwitserland, Frankrijk en Spanje[11].

Vrouwen worden vaker getroffen dan mannen, met een gemiddelde internationale prevalentie van 14% bij vrouwen en 8,9% bij mannen. In Zuid-Azië, Zuid-Amerika en Afrika ligt de prevalentie bij de mannen dichter bij die van de vrouwen (of zelfs hoger)[12-13].

PDS komt voor in alle leeftijdscategorieën, voornamelijk vanaf het 15e tot het 65e levensjaar. Bij 50% van de patiënten verschijnen de eerste symptomen voor het 35ste levensjaar.

1.3 Pathofysiologie[8,9,10,15,16]

Het ontstaansmechanisme van PDS is nog niet volledig opgehelderd. Momenteel wordt PDS beschouwd als een multifactoriële, biopsychosociale aandoening van de hersen-darm as met veranderingen in de gastro-intestinale motiliteit en viscerale hypersensitiviteit tot gevolg. Volgende mechanismen zouden hier een rol kunnen in spelen:

a. Dieet.
   Bepaalde voedingsmiddelen (de FODMAPs of Fermenteerbare Oligosachariden, Disachariden, Monosachariden En Polyolen) kunnen PDS symptomen uitlokken. Veranderingen in het dieet kunnen ook het microbioom verstoren, wat op zich weer kan leiden tot PDS-symptomen.
b. Genetische factoren (met in het bijzonder de SCN5A mutatie).
c. Acute gastro-enteritis.
   Acute gastro-enteritis kan PDS uitlokken (voornamelijk PDS-D). Het risico op PDS symptomen na een acute gastro-enteritis is groter bij vrouwen, angstige individuen en jongeren.
d. Veranderingen in het microbioom.
   Veranderingen in het microbioom (bijvoorbeeld na een infectie) kunnen PDS uitlokken. Bacteroidetes spp zou 12 keer meer voorkomen bij patiënten met PDS, in tegenstelling tot de gezonde populatie waar Clostridia spp significant meer aanwezig is in het microbioom. Een dysbiosis kan leiden tot een verandering van het intestinaal fermentatieproces. Bij patiënten met PDS zouden opvallend minder lactaat-producerende, lactaat-metaboliserende en waterstof-consumerende bacterieën aanwezig zijn.
e. Bacteriële overgroei in de dunne darm.
   De laatste jaren is er veel geschreven over de mogelijkheid dat bacteriële overgroei in de dunne darm ook zou kunnen bijdragen aan de verschijnselen van PDS. Hier zijn echter nog geen goede diagnostische testen voor.
f. Mucosale inflammatie, immuunactivatie en veranderingen in de mucosale permeabiliteit.
   Macroscopisch zien de darmen er bij PDS normaal uit, maar op microscopisch vlak ziet men discrete veranderingen, zoals een lichte toename van het aantal ontstekingscellen. Het is momenteel niet duidelijk of dit een gevolg is van bijvoorbeeld een vroegere infectie of een veranderd microbioom.
g. Galzoutenmalabsorptie (voornamelijk bij PDS-D).
h. Psychosociale factoren.
   Stress, fysieke of seksuele mishandeling in de voorgeschiedenis, persoonlijke ingesteldheid, angst, depressie, het familiaal en sociaal vangnet en hoe de patiënt heeft leren omgaan met klachten, pijn en conflictsituaties bepalen sterk hoe een patiënt omgaat met een ziekte, hoe men de symptomen verwerkt en hoe men hierop inspeelt. Dit is van cruciaal belang voor de outcome van PDS.
i. Aanwezigheid van een abnormaal serotonine metabolisme kan leiden tot veranderingen in de cerebroviscerale perceptie (gebrek aan centrale controle van de pijnoverdracht). Dit kan mee het positieve effect van antidepressiva verklaren.

1.4 De ROME –criteria[2,15-18]

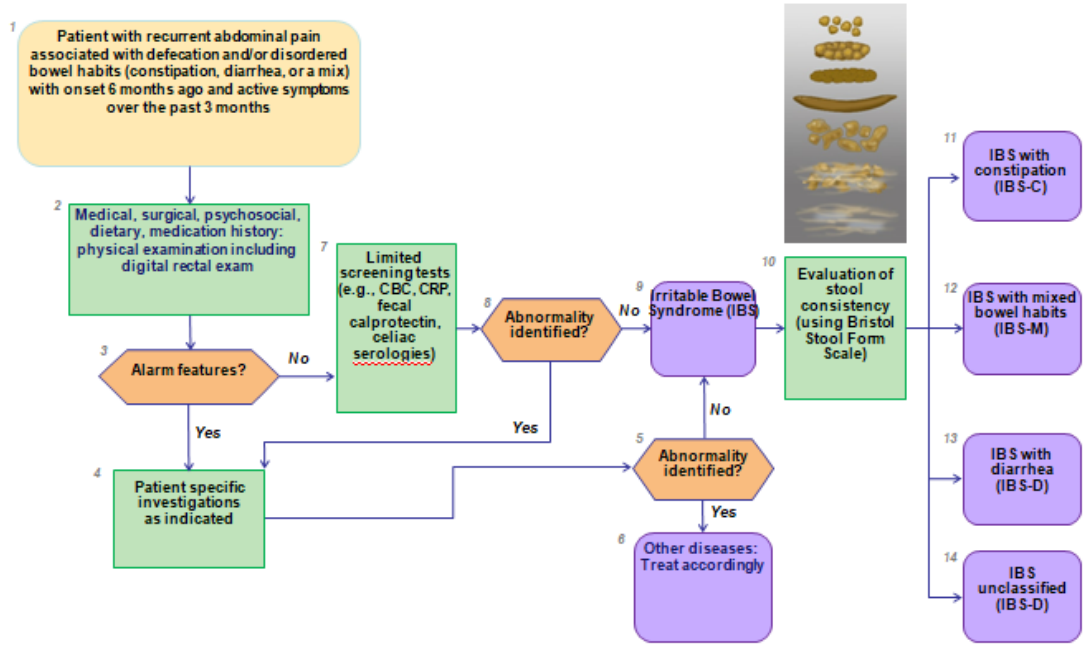
Er zijn in het verleden al verschillende scoringssystemen voor PDS ontworpen maar de Rome-criteria zijn tot op heden het meest uitgebreid onderzocht en worden daarom beschouwd als "gouden standaard". De Rome-criteria werden voor het eerst opgesteld in 1990 (Rome I) en zijn ondertussen gereviseerd in 1999 (Rome II), 2006 (Rome III) en 2016 (Rome IV). Tabel 1 geeft een overzicht van de veranderingen van de revisie in 2016.

ROME III (2006)	ROME IV (2016)
Recidiverende abdominale pijn of discomfort > 3 dagen/maand in de laatste 3 maanden die gepaard gaat met 2 of meer van volgende criteria:	Recidiverende abdominale pijn, > 1 dag/week in de laatste 3 maanden, die gepaard gaat met 2 of meer van volgende criteria:
Pijn of discomfort vermindert na defecatie.	De abdominale pijn is gerelateerd aan defecatie.
Abdominale pijn of discomfort gaat samen met een verandering in stoelgangsfrequentie.	Veranderingen in stoelgangsfrequentie is geassocieerd met abdominale pijn.
Abdominale pijn of discomfort gaat samen met een verandering in stoelgangsconsistentie.	Veranderingen in stoelgangsconsistentie is geassocieerd met abdominale pijn.

De veranderingen in de definitie lijken minimaal, maar bevolkingsstudies in US, UK en Canada tonen aan dat de impact erg groot is aangezien de geschatte prevalentie van PDS na de revisie van 10% naar 6% is gezakt (Palsson et al., 2016). Het specifieker maken van de definitie zorgt voor een homogenere groep van PDS-patiënten, wat vooral beter is voor studies en resultaten van behandelingen.

Het nadeel van deze Rome-criteria is dat ze zijn ontworpen voor tweedelijnsonderzoek (voor de specialistische praktijk). Huisartsen diagnosticeren PDS bij patiënten met een veel kortere ziektegeschiedenis. In de eerste lijn is de duur van de klachten niet zo relevant aangezien ook bij korter bestaande klachten de voorafkans op een niet-organische aandoening (zoals PDS) veel groter is dan op een organische aandoening. Omwille van het feit dat de Rome-criteria het meest uitgebreid zijn onderzocht, worden deze criteria in de eerstelijns-richtlijnen overgenomen, maar in de huisartsenpraktijk worden minder bindende tijdscriteria gebruikt en spelen vooral de predominante klachten een rol bij het stellen van de diagnose, zoals buikpijn, een opgeblazen gevoel en een veranderde stoelgang met vermindering van pijnklachten na de ontlasting of associatie met een veranderde ontlastingsfrequentie/-consistentie. Echter dit kan alleen als er geen reden is om aan andere aandoeningen te denken en als de patiënt jonger is dan 50 jaar, want in deze gevallen is aanvullend onderzoek aangewezen.

De Rome Foundation heeft recent een Rome IV Interactive Clinical Decision Toolkit ontwikkeld. Deze online toolkit kan de hulpverlener helpen bij de diagnostiek en behandeling van functionele gastro-intestinale aandoeningen[19].



Figuur 2: Stroomdiagram van de ROME IV interactive clinical decision toolkit voor het stellen van de diagnose PDS[19]

1.5 *Diagnostiek en aanvullend onderzoek*[2, 16]

Er bestaat geen test die PDS kan bevestigen, geen enkel extra onderzoek geeft ons totale zekerheid. PDS is een symptoomdiagnose. Daarom is een goede en uitgebreide anamnese van essentieel belang. Bij aanwezigheid van risicofactoren of niet-pluissymptomen is verder onderzoek naar gastro-intestinale aandoeningen nodig.

Anamnese

Tijdens de anamnese bij patiënten met gastro-intestinale buikklachten, besteedt de huisarts aandacht aan symptomen die passen bij PDS:

- Kernsymptomen: buikpijn, een opgeblazen gevoel en/of een verandering in het ontlastingspatroon gedurende minimaal vier weken.
- Aanvullende symptomen: obstipatie, diarree, flatulentie, dyspepsie.
- Ondersteunende symptomen: onregelmatig ontlastingspatroon, meer klachten na het eten, slijm bij ontlasting.
- Extra-abdominale symptomen: moeheid, misselijkheid, rugpijn, blaasproblemen.

Deze symptomen kunnen ook een organische oorzaak hebben. Daarom is het belangrijk om als huisarts ook aandacht te besteden aan niet-pluissymptomen en risicofactoren die de kans op aanwezigheid van een organische oorzaak vergroot:

- Onverklaard gewichtsverlies (> 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden): overweeg een inflammatoire darmziekte, coeliakie, maligniteit of hyperthyroïdie.
- Bloed in de stoelgang: overweeg een inflammatoire darmziekte, maligniteit, anale problematiek (zoals hemorrhoïden en fissuren) en bepaald medicatiegebruik.
- Perianale afwijkingen (fistels, abces): overweeg een inflammatoire darmziekte (voornamelijk de ziekte van Crohn).
- Verandering in de stoelgang naar een dunnere consistentie en/of meer frequente ontlasting (3x of vaker per dag) of diarree gedurende > 2 weken: overweeg een inflammatoire darmziekte, coeliakie, hyperthyroïdie of een parasitaire oorsprong.
- Begin van de klachten bij een leeftijd > 50 jaar: overweeg maligniteit.
- Eerstegraadsfamilielid met een inflammatoire darmziekte, coeliakie, colorectaal-, ovarium- of endometriumcarcinoom < 70 jaar.
- Verandering van de algemene toestand.
- Recente antibioticatherapie: overweeg Clostridium difficile infectie.

Verder moet de huisarts ook aandacht hebben voor volgende kenmerken omdat ze de diagnose van PDS waarschijnlijker kunnen maken:

- Geslacht: vrouw
- Leeftijd: 15-65 jaar (bij 50% van de gevallen voor het 35^{e} levensjaar)
- Familiepatronen van PDS
- Frequent consultatiepatroon
- Recent ingrijpende levensgebeurtenis
- Verhoogde prevalentie van somatische en psychiatrische comorbiditeit
- Voorgeschiedenis van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK)

Bij verdere anamnese bevraagt de huisarts ook of de patiënt enige relatie opmerkt tussen het opkomen van de symptomen en het eten van bepaalde voedingsmiddelen, of de patiënt deze voedingsmiddelen al mijdt en of de patiënt een bepaald dieet volgt.

Lichamelijk onderzoek

Bij een eerste presentatie van de klachten verricht de huisarts altijd lichamelijk onderzoek met als doel een onderliggende organische aandoening meer of minder waarschijnlijk te maken.

- Inspectie, auscultatie en palpatie van het abdomen.
- Rectaal toucher bij aanwezigheid van een niet-pluissymptoom of risicofactor.
- Vaginaal toucher bij aanwezigheid van een niet-pluissymptoom of risicofactor.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is pas nuttig wanneer de voorafkans van een andere gastro-intestinale aandoening vaker voorkomt bij mensen met PDS-klachten dan bij de algemene bevolking en wanneer de test die gastro-intestinale aandoening voldoende accuraat kan aantonen. Onderstaande tabel toont de prevalentie van verschillende gastro-intestinale aandoeningen bij PDS-patiënten vergeleken met de prevalentie van deze aandoeningen in de algemene bevolking (Cash 2005).

GI-aandoeningen	Patiënten met PDS (%)	Algemene bevolking (%)
Colitis/IBD	0,51-0,98	0,3-1,2
Colorectale kanker	0-0,51	4-6
Coeliakie	4,67	0,25-1
Gastrointestinale infectie	0-1,7	N/A
Schildklierdysfunctie	6	5-9
Lactose malabsorptie	22-26	25

Figuur 3: Pre-test probaliliteit van organische gastro-intestinale aandoeningen bij patiënten die voldoen aan de PDS symptomen en bij de algemene populatie[2]

Coeliakie is de enige gastro-intestinale aandoening die vaker voorkomt bij patiënten die voldoen aan de PDS criteria dan in de algemene bevolking. Het kan dus nuttig zijn om bij iedereen met PDS-klachten een screeningsonderzoek te doen naar coeliakie. Bij de andere gastro-intestinale aandoeningen is aanvullend onderzoek enkel nuttig wanneer er aanvullende niet-pluissymptomen of risicofactoren zijn die de waarschijnlijkheid op deze aandoeningen doen stijgen.

1.5.1 Onderzoek naar coeliakie[2,20-23]

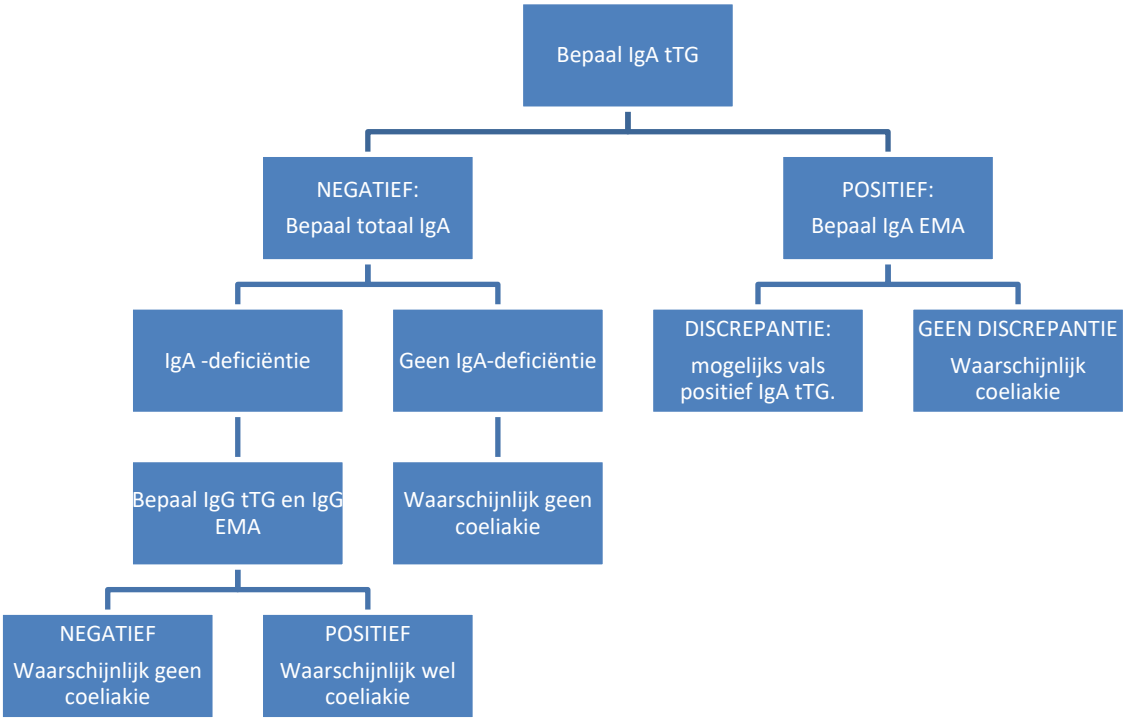
Bij klachten zoals chronische diarree, malabsorptie, gewichtsverlies, anorexie, buikpijn, opgezette buik en remsporen in het toilet moet de diagnose coeliakie worden overwogen. De kans op coeliakie neemt toe bij ongewild gewichtsverlies, ferriprieve anemie, osteoporose en auto-immuunaandoeningen die samenhangen met coeliakie (diabetes mellitus type 1, schildklieraandoeningen).

De NICE-richtlijn zegt om coeliakie-screening te doen bij alle PDS patiënten, maar dit blijkt niet kosteneffectief te zijn en dit zal leiden tot overbodige endoscopieën. Daarom wordt in de Nederlandse richtlijnen serologisch onderzoek naar coeliakie enkel aanbevolen bij klachten van PDS-D en PDS-M en/of bij verdenking op coeliakie.

De sensitiviteit en specificiteit van gliadine- antistoffen (IgA en IgG AGA) liggen beduidend lager dan die van de endomysium- antistoffen (EMA) en de tissue transglutaminase- antistoffen (tTGA). Daarom is het bepalen van de AGA autoantistoffen op de achtergrond geraakt. De sensitiviteit en specificiteit van IgA EMA liggen zeer hoog (sens 90%, spec 98%). Valsnegatieve resultaten komen voornamelijk voor bij geringe vlokatrofie op duodenumbiopsie en IgA-deficiëntie. Valspositieve

resultaten komen vrijwel niet voor. Uit studies blijkt dat de sensitiviteit en specificiteit van IgA tTG het hoogst liggen (sens 95%, spec 94%). Valsnegatieve resultaten komen voornamelijk voor bij IgA-deficiëntie en geringere mucosale afwijkingen. Valspositieve resultaten kunnen ook voorkomen en dit vooral bij primaire biliaire cirrose, levercirrose, systemische auto-immuunaandoeningen en IBD. De IgA EMA waren bij deze ziektebeelden niet valspositief. Bij patiënten met een IgA-deficiëntie of een lage IgA spiegel, is de coeliakiediagnostiek gebaseerd op IgA autoantistoffen minder gevoelig. In deze omstandigheden is het aanbevolen de IgG autoantistoffen te bepalen.

Onderstaand diagnostisch algoritme geeft duidelijk weer welke serologische testen er moeten worden uitgevoerd bij een vermoeden van coeliakie.



Figuur 4: Diagnostisch algoritme coeliakie

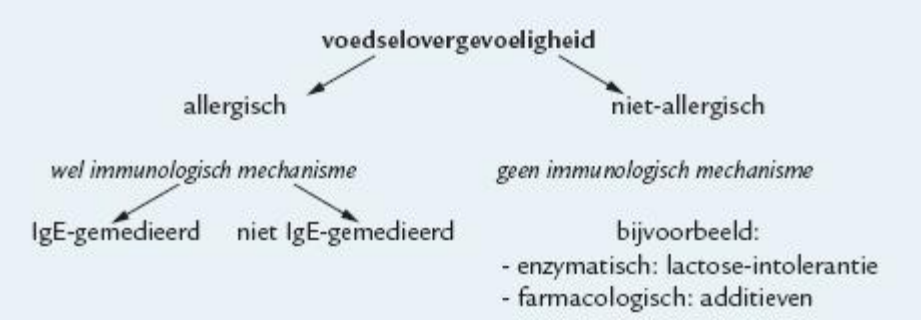
Bij een positieve testuitslag moet de patiënt worden verwezen naar de tweede lijn voor bevestiging van de diagnose middels dunnedarmbiopten. Doorverwijzing naar de tweede lijn is ook nodig in geval van een te laag IgA, PDS-klachten in combinatie met ijzergebrek en/of tekenen van malabsorptie en PDS-klachten en een eerstegraads familielid met coeliakie.

1.5.2 Onderzoek naar schildklierdysfunctie[2]

Er is geen verschil tussen de prevalentie van schildklierfunctiestoornissen bij patiënten met PDS en die in de open populatie. Daarom wordt een standaard TSH-bepaling bij alle patiënten met PDS niet aanbevolen. Het verrichten van schildkliertesten is enkel zinvol wanneer er nog andere specifieke additionele symptomen of verschijnselen van hyper- of hypothyreoïdie aanwezig zijn.

1.5.3 Onderzoek naar voedingsallergie en voedingsintolerantie[24-29]

Patiënten met klachten van PDS denken vaak aan bepaalde voedingsallergieën en willen zich hier op laten testen. Als arts moet je een duidelijke uitleg verschaffen omtrent de verschillen tussen een voedingsintolerantie en een voedingsallergie. Ze kunnen allebei gastro-intestinale klachten geven, maar ze hebben een volledig ander pathofysiologisch mechanisme.



Een voedingsallergie die zich manifesteert met enkel PDS-achtige klachten komt relatief zeldzaam voor. Meestal zijn er tegelijk ook cutane en/of respiratoire manifestaties. Bij een vermoeden van een voedingsallergie is een zorgvuldige anamnestische inschatting belangrijk. Informeer eerst naar achterliggende ideeën en verwachtingen van de patiënt en vraag na wat ze zelf al hebben ondernomen. Vraag naar de symptomen en hoe snel de symptomen optreden na inname van het verdachte voedingsmiddel. Vraag of de patiënt al een eliminatiedieet uitvoert en of dit effecten heeft op de klachten. Wanneer de klachten ook optreden zonder blootstelling aan het verdachte voedingsmiddel, is een voedingsallergie minder waarschijnlijk. Bevraag ook aanwezigheid van atopie (voedingsallergie, constitutioneel eczeem, allergische rhinoconjunctivitis of allergisch astma) bij de patiënt en/of eerstegraads familieleden.

Het bijhouden van een voedingsdagboek kan helpen te achterhalen welk voedingsbestanddeel de mogelijke oorzaak is van de klachten. Er wordt genoteerd wat er werd gegeten en om hoe laat. Ernaast worden de symptomen genoteerd en het uur dat deze zijn opgetreden.

Voedingsintolerantie (niet-allergische voedselovergevoeligheid)

Een voedingsintolerantie is een ongewenste en reproduceerbare, niet-immuungemedieerde reactie op voedsel in hoeveelheden die wel getolereerd worden door anderen. De symptomen van een voedingsintolerantie variëren interindividueel. Een opgeblazen gevoel, abdominale pijn en diarree zijn mogelijke symptomen die kunnen passen bij een voedingsintolerantie. Bij een voedingsintolerantie is verdere diagnostiek niet nuttig. Meestal kan de patiënt zelf achterhalen welk voedingsmiddel minder goed verdragen wordt. Het bijhouden van een voedingsdagboek kan helpen om het oorzakelijk voedingsmiddel te achterhalen. Het meest gekende voorbeeld van een voedingsintolerantie is lactose-intolerantie.

Voedingsallergie

Overweeg een voedingsallergie bij 2 of meer van de volgende symptomen:

- Er is een duidelijk, repetitief verband tussen de inname van het voedingsmiddel en het optreden van steeds dezelfde symptomen.
- De symptomen betreffen 2 of meer orgaansystemen (zie tabel).
- Er is een positieve familieanamnese voor atopische aandoeningen.
- Ondanks adequate maatregelen, blijven de klachten onveranderd bestaan.

IgE-gemedieerde allergie	Niet-IgE gemedieerde allergie
HUID	
Jeuk	Jeuk
Erytheem	Erytheem
Acute urticaria (lokaal of uitgebreid)	Atopisch eczeem
Acuut angio-oedeem (lippen, aangezicht)	
GASTRO-INTESTINAAL	
Angio-oedeem (lippen, tong, verhemelte)	GERD
Orale jeuk	Frequenter stoelgangspatroon of plattere consistentie
Nausea	Bloed en/of slijm bij de stoelgang
Abdominale koliekpijn	Abdominale pijn
Braken	Constipatie
Diarree	Peri-anale roodheid
	Vermoeidheid
	Vertraagde groei
	Koliekpijn bij het kind
	Weigeren van voedsel/aversie
LUCHTWEGEN	
Nasale jeuk, niezen, rhinorrhea, conjunctivitis, verstopte neus	
Hoesten, benauwd gevoel op de borst, wheezing, dyspneu	
ANDERE	
Tekenen of symptomen van een anafylactische shock	

IgE-gemedieerde voedingsallergie

Wanneer er aan een IgE-gemedieerde allergie wordt gedacht (acuut, snel opkomen van de symptomen), wordt doorverwijzing naar de tweede lijn aangeraden. Bij ernstige allergische reacties of een anafylactische shock, gebeurt verdere diagnostiek best in de tweede lijn. Bij minder ernstige reacties kan verdere diagnostiek bij de huisarts gebeuren aan de hand van een RAST test of een huidtest.

Een RAST test (het detecteren van IgE antilichamen tegen een voedselbestanddeel), zegt iets over aanwezigheid en mate van sensibilisatie, maar deze sensibilisatie is niet altijd klinisch relevant (asymptomatische sensibilisatie). Het is ook mogelijk allergisch te zijn zonder dat een verhoogd IgE aantoonbaar is (vals negatief resultaat of niet-IgE-gemedieerde allergie). De RAST testen kunnen bovendien maar worden uitgevoerd op een klein aantal voedingsmiddelen en ze zijn duur. Het voordeel van deze test is dat ze veilig is bij mensen die anafylactisch reageren op het allergeen. Wanneer er een bewezen IgE-gemedieerde voedingsallergie is in combinatie met astma, moet de patiënt worden doorverwezen naar de tweede lijn.

De huidpriktest geeft informatie over de aanwezigheid en mate van sensibilisatie, maar heeft maar een beperkte waarde in de huisartsenpraktijk. Ze worden best uitgevoerd in een omgeving waar snel en accuraat ingrijpen bij een anafylactische shock mogelijk is. Huisartsen zijn vaak niet in het bezit van alle testextracten omdat ze maar een beperkte houdbaarheid hebben, heel duur zijn in aankoop en slechts weinig kunnen worden gebruikt in de huisartsenpraktijk. Er is ook nood aan een goede vakkennis om deze testen uit te voeren en te interpreteren.

Bij het vermoeden van een IgE-gemedieerde allergie is het dus beter door te verwijzen naar de tweede lijn. Ook bij een sterk klinisch vermoeden van IgE-gemedieerde voedingsallergie en negatieve testen is het aangewezen om door te verwijzen naar de tweede lijn.

Zelfdiagnose door bepaalde voedingsstoffen uit het dieet te elimineren wordt afgeraden omdat het kan leiden tot excessieve eliminatie en een tekort aan noodzakelijke voedingsstoffen.

Niet-IgE gemedieerde voedingsallergie

Bij het vermoeden van een niet-IgE gemedieerde voedingsallergie (niet-acute reactie, vertraagd begin van de symptomen), is het niet nuttig om RAST testen of huidtesten uit te voeren. Deze diagnose kan worden gesteld aan de hand van een eliminatie-test, onder die voorwaarde dat er een vermoeden is van welk voedingsmiddel de oorzaak is. Bij deze test wordt het voedingsmiddel gedurende 2-6 weken geëlimineerd uit het dieet om te kijken of de symptomen hierdoor verdwijnen. Advies van een diëtist kan hierbij nuttig zijn om deficiënties van essentiële voedingsstoffen en nutriënten te voorkomen. Na 2-6 weken wordt de voedingsstof terug geïntroduceerd in het dieet. Wanneer de symptomen terug komen, is de diagnose waarschijnlijk. Wanneer de symptomen niet verdwijnen na eliminatie van 1 voedingsallergeen, is doorverwijzing naar de tweede lijn aangewezen. Een belangrijke interfererende factor bij evaluatie van symptomen bij eliminatie en herintroductie is het zogenaamde nocebo-effect. Weten dat het voedingsbestanddeel terug toegevoegd wordt, kan op zich op psychologische basis (buik-)symptomen induceren. Men raadt hiervoor aan de herintroductie op een geblindeerde manier uit te voeren, maar dit is in de eerste lijn niet haalbaar.

1.5.4 Onderzoek naar lactose malabsorptie[24,30-32]

Lactosemalabsorptie (LM) wordt meestal veroorzaakt door een genetische aandoening waarbij het lactase-enzym in de mucosa van de dunne darm onvoldoende activiteit vertoont. Er bestaan ook secundaire vormen van lactasedeficiëntie, waarbij de lactasedeficiëntie het gevolg is van een andere aandoening (coeliakie, inflammatoire darmziekten, acute gastro-enteritis). Geschat wordt dat 70-

75% van de totale wereldbevolking lactasedeficiëntie heeft. Er zijn zeer grote prevalentieverschillen tussen verschillende etnische groepen en rassen. De snelheid van het verliezen van lactase-activiteit varieert ook volgens etniciteit. Bij Chinezen en Japanners is het grootste deel van de lactase-activiteit al verdwenen binnen de 3 à 4 jaar nadat ze geen moedermelk meer krijgen. Bij blanke Noord-Europeanen kan het 18-20 jaar duren voor de lactase-activiteit zijn laagste peil bereikt.

Er is geen verschil tussen de prevalentie van LM bij patiënten met PDS en die in de open populatie, maar wel tussen de prevalentie van LM bij patiënten met PDS-D en die in de open populatie. Een deel van de patiënten met PDS heeft lactosemalabsorptie (een positieve H2-ademtest), maar die LM is vaak niet de oorzaak van de PDS-klachten, waardoor behandeling van de LM de PDS-symptomen misschien licht zal doen verminderen, maar zeker niet zal doen verdwijnen. Daarnaast correleert het resultaat van een lactose ademtest niet steeds met de symptomen die de patiënt ervaart. Daarom raden de NHG- en NICE-guidelines het af om in de eerste lijn te screenen naar lactosemalabsorptie. Empirische eliminatie uit het dieet gedurende een tweetal weken is vaak een pragmatische aanpak. Een lactosetolerantietest of H2-ademtest wordt enkel aangeraden bij patiënten verwezen naar de tweede lijn met vermoedelijk PDS-D, met negatieve fecescalprotectine en/of met anamnestische aanwijzingen voor LM (na een nauwkeurige voedingsanamnese). Bij patiënten met een herkomst buiten West-Europa kan laagdrempeliger naar LM worden gescreend.

Andere onvolledig of moeilijk verteerbare suikers zoals fructose of sorbitol kunnen ook bijdragen tot klachten van PDS-D. Deze worden niet routinematig getest door middel van een fructose ademtest of sorbitol ademtest, maar worden soms empirisch geëlimineerd als deel van een laag FODMAP dieet.

1.5.5 Onderzoek naar parasieten[2]

Onderzoek naar een parasitaire oorzaak (Giardia lamblia en Dientamoeba fragilis) wordt enkel aanbevolen bij diarree die meer dan 2 weken duurt. Dit gebeurt door middel van een triple fecestest en kan in de eerste lijn gebeuren.

1.5.6 Onderzoek naar Clostridium difficile[2]

Bij diarree die is ontstaan na inname van antibiotica, moet er laagdrempelig naar Clostridium difficile worden gezocht door middel van een toxinebepaling in de feces. Dit kan in de eerste lijn gebeuren.

1.5.7 Onderzoek naar ovariumcarcinoom[2, 16, 33]

De NICE richtlijn raadt aan om bij vrouwen van 50 jaar of ouder, met een nieuwe diagnose van prikkelbare darm syndroom, het CA125 aan te vragen, omdat PDS maar zelden optreedt vanaf deze leeftijd. In geen enkele andere richtlijn wordt hier iets over vermeld. Totdat er meer is gekend over de kosten-baten efficiëntie, zou er terughoudend moeten worden omgesprongen met bepaling van CA125. De patiënt dient op voorhand op de hoogte te worden gebracht van de meerkost van deze test wanneer deze test wordt gebruikt als screeningstest. Bij CMA Herentals kost het bepalen van CA125 €23.

1.5.8 Onderzoek naar inflammatoire darmziekten/colitis[2, 16, 8, 34]

Inflammatoire darmziekten (IBD) komen niet vaker voor bij patiënten die voldoen aan de PDS criteria dan in de algemene bevolking. Standaard onderzoek naar IBD bij alle PDS patiënten is dus niet nuttig. Het bevragen van niet-pluissymptomen en risicofactoren voor IBD is wel noodzakelijk.

Risicofactoren en niet-pluissymptomen voor IBD zijn:

- Rood bloedverlies per anum (RBPA): bij 5% van de volwassenen met RBPA in de huisartsenpraktijk wordt een IBD aangetoond.
- Familielid met IBD: dit is de belangrijkste/sterkste risicofactor, maar de meerderheid van de patiënten met PDS én een positieve familieanamnese heeft toch PDS. De voorspellende waarde van een positieve familieanamnese bij een patiënt met PDS is dus niet groot.
- Chronische diarree > 2 weken.
- Tenesmi (aanwijzing voor proctitis)
- Peri-anale afwijkingen: fistels, fissura, peri-anaal abces,..
- Extra-intestinale afwijkingen: artralgie, artritis, erythema nodosum, orale aften, inflammatoire oogafwijkingen.
- Weerstand/spierverzet in de rechter fossa. Pijn in de rechter fossa.
- Ongewild gewichtverlies.
- Koorts.

Aanvullend onderzoek naar IBD is nuttig indien:

- Chronische diarree > 2 weken én aanwezigheid van ten minste 1 ander niet-pluissymptoom leidt tot een vermoeden van IBD. In dit geval is doorverwijzing naar de 2^{e} lijn voor verder onderzoek aangewezen.
- Bij RBPA en aanwezigheid van 1 van de andere risicofactoren voor IBD wordt beeldvormend onderzoek aanbevolen.
- Tenesmi of bloed en slijm bij de ontlasting kan wijzen op proctitis of distale colitis. Hier is doorverwijzing voor een sigmoïdoscopie aangewezen.
- Bij pijn in de rechter fossa met weerstand en/of diarree en/of koorts en/of gewichtsverlies en positief calprotectine is een ileocoloscopie (en dus doorverwijzing) aangewezen.
- Bij twijfel tussen PDS en IBD (bv enkel chronische diarree of alleen extra-intestinale verschijnselen) is een bloedonderzoek aangewezen (bloedbeeld, CRP, bezinking, albumine).
    - Verhoogde thrombocyten, verhoogde leukocyten, verhoogd CRP, verhoogde bezinking, verlaagd Hb en een verlaagd albumine in het serum verhoogt de kans op IBD. In deze situatie is doorverwijzing zeker aangewezen.
    - Negatieve bloedresultaten sluiten IBD niet uit. Bij een sterk vermoeden moet men ook doorverwijzen voor endoscopie.

Faecale markers voor mucosale ontsteking (calprotectine) zijn in staat een onderscheid te maken tussen functionele klachten en IBD. Calprotectine is een calciumbindend eiwit dat voornamelijk van neutrofiele granulocyten afkomstig is. De aanwezigheid van deze marker in de ontlasting is evenredig met de mate van neutrofiele migratie richting de tractus digestivus. Het gebruik van NSAID's en bloedverlies van meer dan 100ml per dag kan een vals-positieve uitslag geven. Daarom wordt aangeraden om het NSAID-gebruik te staken voorafgaand aan de test en de test niet uit te voeren

tijdens de menstruatie. Een negatieve test bij patiënten met PDS-klachten heeft een zeer hoge voorspellende waarde voor de afwezigheid van IBD of infectieuze colitis. Echter een negatieve test sluit collageneuze colitis, coeliakie, parasitaire infecties en lactosemalabsorptie niet uit. Een positieve test is een aanwijzing voor mucosale schade met neutrofiele migratie. De aard van deze schade moet dan nog verder worden onderzocht in de tweede lijn. De NHG richtlijn raadt het gebruik van het feces calprotectine in de huisartsenpraktijk nog niet aan. In bijna alle andere richtlijnen wordt het wel aangeraden om bij PDS-D het feces calprotectine te bepalen. Voordat deze test in de eerste lijn wordt uitgevoerd, moet de patiënt op de hoogte worden gebracht over de meerkost ervan. Bij CMA Herentals kost deze test €41,55. In de tweede lijn wordt een calprotectine bepaling volledig terug betaald.

1.5.9 Onderzoek naar colorectale kanker[2, 16, 35-37]

Colorectale kanker komt niet vaker voor bij patiënten met PDS dan in de algemene bevolking. Daarom wordt onderzoek naar colorectale kanker enkel aangeraden bij aanwezigheid van 1 of meerdere risicofactoren en/of niet-pluissymptomen.

- Eerstegraadsfamilielid met colorectaal carcinoom/ ovariumcarcinoom/ endometriumcarcinoom < 70 jaar (verdubbeling van het risico op het ontwikkelen van dezelfde vorm van kanker).
- Rood bloedverlies per anum (RBPA): 2-4% van de volwassenen met RBPA in de huisartsenpraktijk wordt een colorectaal carcinoom aangetoond.
- Leeftijd > 50j: in de eerste lijn stijgt de incidentie van coloncarcinoom met de leeftijd.
- Veranderd defecatiepatroon (frequentie en consistentie)
- RBPA en afwezigheid van perianale afwijkingen, jeuk, prolaps, ..
- Bloed vermengd met de ontlasting
- Ongewild gewichtverlies
- Ferriprieve anemie
- Palpabele massa in het abdomen

Bij patiënten met PDS-klachten bij wie op basis van 1 of meer niet-pluissymptomen of risicofactoren het vermoeden van een coloncarcinoom bestaat, wordt doorverwijzing naar de tweede lijn aanbevolen. Bij patiënten met PDS-klachten met enkel RBPA zonder andere niet-pluissymptomen of risicofactoren volstaat een sigmoïdoscopie, aangezien er bij deze patiënten zelden een maligniteit buiten het bereik van de sigmoïdoscoop wordt gevonden. Bij patiënten met PDS-klachten met rectaal bloedverlies in combinatie met een andere niet-pluissymptoom of risicofactor gaat de voorkeur uit naar een coloscopie. Bij patiënten met PDS-klachten bij wie op basis van niet-pluissymptomen of risicofactoren het vermoeden van een coloncarcinoom bestaat, is beeldvorming geïndiceerd.

Een iFOB-test geeft geen meerwaarde bij mensen met PDS en rectaal bloedverlies (of andere risicofactoren). Deze test wordt enkel aangeraden als screeningstest als er geen alarmsymptomen of risicofactoren zijn en dit vanaf een leeftijd van 55 jaar.

1.5.10 Onderzoek naar microscopische en collageneuze colitis[2, 38]

Microscopische en collageneuze colitis is een bekende maar zeldzame oorzaak van chronische, heftige, waterige diarree. Risicofactoren die kunnen wijzen op de aanwezigheid van microscopische en collageneuze colitis zijn:

- Leeftijd > 50 jaar
- Nachtelijke stoelgang
- Gewichtverlies
- Waterige diarree < 12 maanden
- Recent opstarten van nieuwe medicatie
- Aanwezigheid van een auto-immuun aandoening

Bij patiënten > 50 jaar met 1 of meerdere andere risicofactoren dient verder onderzoek te gebeuren naar microscopische colitis en collageneuze colitis. Dit gebeurt door middel van een ileocolonoscopie met willekeurige biopten uit het colon.

1.5.11 Onderzoek naar galzoutmalabsorptie[2]

Galzoutmalabsorptie in het terminale ileum is een gekende potentiële oorzaak van chronische diarree. Bij patiënten met PDS-D klachten met ernstige diarree moet verder onderzoek naar galzoutmalabsorptie worden overwogen. Zeker wanneer pijn niet op de voorgrond staat. Dit gebeurt door middel van een SeHCAT-scan of een kwantitatieve bepaling van galzouten in 72-uurs feces maar beide analyses zijn slechts in weinig centra beschikbaar. Empirisch wordt in de tweede lijn soms galzouten-sequestratie therapie met cholestyramine gestart.

1.5.12 Onderzoek naar bacteriële overgroei in de dunne darm[2]

Bij een deel van de patiënten met PDS draagt bacteriële overgroei in de dunne darm bij aan de verschijnselen van PDS(-D). Er zijn testen op de markt om deze overgroei te meten (glucose- of lactulose-H2-ademtest), maar de waarde van deze testen voor het vaststellen van bacteriële overgroei is discutabel, zeker bij een brede PDS populatie. Er is onvoldoende reden om ademtesten voor bacteriële overgroei uit te voeren bij alle PDS patiënten.

1.6 Doorverwijzing naar de tweede lijn[2]

Doorverwijzing naar de tweede lijn moet overwogen worden bij:

- Niet-pluissymptomen en risicofactoren.
- Onderzoeksbevindingen die niet passen bij de diagnose PDS .
- Onzekerheid bij de huisarts over de juistheid van de diagnose PDS.
- Onzekerheid bij de patiënt over de juistheid van de diagnose PDS.

Een onvoldoende respons op de ingestelde behandeling in de eerste lijn, vormt geen valide grond voor verwijzing naar de tweede lijn aangezien de therapeutische mogelijkheden in de tweede lijn niet anders zijn dan in de eerste lijn. Bovendien is elke behandeling slechts bij een deel van de patiënten effectief en is wisselen van een eerste naar tweede of derde modaliteit niet uitzonderlijk.

Vooraleer de patiënt wordt doorverwezen is het belangrijk om samen met de patiënt het doel en de verwachtingen van de verwijzing te bespreken en uit te leggen dat in de tweede lijn niet altijd endoscopie zal plaatsvinden. Wanneer er geen vermoeden van een andere pathologie bestaat, kan ook in de tweede lijn van aanvullende diagnostiek worden afgezien.

2. Onderzoek naar de diagnostische aanpak in 2 groepspraktijken.

2.1 Inleiding

Het praktijkbevorderend project loopt in de 2 praktijken waar ik als huisarts-in-opleiding heb gewerkt. Beide praktijken wilden graag meer informatie omtrent de correcte diagnostische aanpak van prikkelbare darm syndroom (PDS). Er is vaak twijfel naar de juiste diagnostische methodiek. Te veel onderzoeken zorgen voor een onnodig hoge kost voor zowel de patiënt als de maatschappij, maar bij te weinig onderzoeken lopen we het risico een belangrijke diagnose te missen. Wanneer mogen we de diagnose PDS stellen? Hoe brengen we de diagnose over naar de patiënt? Welke aandoeningen mogen we zeker niet missen? Voor welke symptomen moeten we extra aandacht hebben? Hoe ver moeten we in de eerste lijn gaan met verder diagnostisch onderzoek? Wanneer moeten we verwijzen naar de tweede lijn? Allemaal vragen die erop wijzen dat de diagnose PDS toch heel wat twijfels met zich meebrengt bij de huisarts.

2.2 Methode

De bedoeling van het praktijkbevorderend project is om, door middel van een vragenlijst (terug te vinden in bijlage), inzicht te krijgen in hoe de zeven huisartsen, werkzaam in twee verschillende praktijken, de diagnose PDS stellen. Hun diagnostische aanpak zal worden vergeleken met de aanpak die wordt aangeraden in de richtlijnen. Na het verwerken van de vragenlijsten, worden de knelpunten besproken en wordt een korte presentatie gegeven omtrent de diagnostiek van PDS in de eerste lijn. Nadien wordt aan de artsen een flowchart overhandigd waarmee ze in de praktijk kunnen werken zodat de diagnostiek vlot en correct kan verlopen.

2.3 Resultaten en bespreking

Vraag 1: Wat zijn voor u de drie belangrijkste symptomen om de diagnose van prikkelbare darm syndroom te stellen?		
Wisselend stoelgangpatroon	6	Ondersteunend symptoom
Opgeblazen gevoel	5	Kernsymptoom
Toename van flatulentie	1	Ondersteunend symptoom
Buikpijn die betert na defecatie	2	Belangrijk bijkomstig criterium
Meer last na het eten		Ondersteunend symptoom
Recidiverende buikpijn	5	Kernsymptoom
Klachten zijn geassocieerd met verandering in frequentie en consistentie van defecatie	2	Belangrijk bijkomstig criterium
Slijm bij defecatie		Ondersteunend symptoom

Uit deze vraag blijkt duidelijk dat de meeste artsen recidiverende buikpijn, een opgeblazen gevoel en een wisselend stoelgangpatroon de belangrijkste symptomen vinden om de diagnose PDS te stellen. Volgens de NHG-richtlijnen zijn recidiverende buikpijn en een opgeblazen gevoel de kernsymptomen van PDS.

De invloed van defecatie op de buikpijn en de verandering van stoelgangfrequentie en/of stoelgangconsistentie zijn belangrijke bijkomende symptomen.

Een onregelmatig stoelgangpatroon, toename van flatulentie, meer klachten na het eten en slijm bij de ontlasting ondersteunen de diagnose PDS.

Vraag 2: Wat verhoogt voor u de voorkans op prikkelbare darm syndroom? Rangschik van belangrijk (1) naar minder belangrijk (6).								
	Arts 1	Arts 2	Arts 3	Arts 4	Arts 5	Arts 6	Arts 7	**Totaal**
Geslacht	6	5	3	5	6	2	3	**30**
Leeftijd	1	6	5	6	2	6	4	**30**
Familiaal voorkomen	4	3	2	1	3	1	2	**16**
VG van somatische en psychiatrische comorbiditeit	3	1	6	2	5	5	1	**23**
Frequent consultatiepatroon	2	2	1	4	4	3	5	**21**
Recent ingrijpende gebeurtenis	5	4	4	3	1	4	6	**27**

Geslacht, leeftijd en een recent ingrijpende levensgebeurtenis in het leven van de patiënt zijn bij de 7 artsen in de 2 verschillende praktijken de 3 minst belangrijke criteria die de voorkans op prikkelbare darm syndroom verhogen. In de literatuur vinden we terug dat PDS voornamelijk voorkomt tussen het 15^{e} en 65^{e} levensjaar en dat vrouwen vaker PDS hebben dan mannen. Leeftijd en geslacht zijn wel degelijk 2 belangrijke criteria die de voorkans op PDS kunnen verhogen.

Een frequent consultatiepatroon, een recent ingrijpende gebeurtenis in het leven van de patiënt en een voorgeschiedenis van somatische en psychiatrische comorbiditeit maken de diagnose PDS waarschijnlijker.

Er zijn ook familiepatronen van PDS door generaties heen te herkennen, maar dit wordt nog niet echt ondersteund door de literatuur.

We kunnen concluderen dat alle hierboven vernoemde criteria de voorkans op PDS verhogen. Derhalve is het nuttig om deze criteria op voorhand te bevragen.

<u>Vraag 3</u>: Je krijgt een patiënt over de vloer en je denkt aan het prikkelbare darm syndroom. Maar ze vermeldt ook onderstaande klacht. Zou je nog iets anders willen uitsluiten? Hoe zou je dit doen?

ONVERKLAARD GEWICHTVERLIES	**Wat wil je nog uitsluiten?**	**Hoe?**
	Coloncarcinoom: 7 IBD: 2 Coeliakie: 2 Pancreaspathologie: 1 Infectie: 1	Labo: 6 Coloscopie: 6 iFOB test: 4 CT abdomen: 2 Stoelgangonderzoek: 2 Calprotectine: 1 Echo abdomen: 1

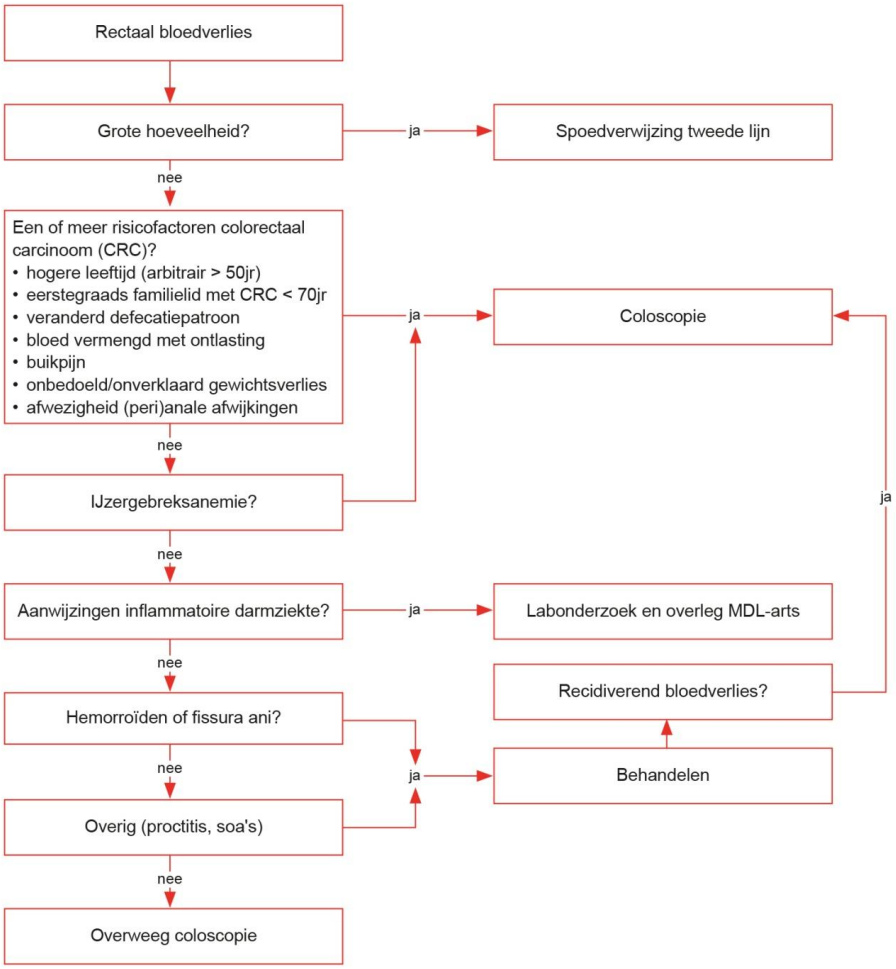
Wanneer een patiënt klachten heeft van PDS-symptomen, samengaand met onverklaard gewichtverlies, kan dit wijzen op coeliakie, IBD of een maligniteit. Een bloedname (bloedbeeld, CRP, bezinking en eventueel ook IgA tTG) kan meer informatie geven, maar negatieve bloedresultaten sluiten deze pathologieën niet uit. Wanneer er in de eerste lijn geen oorzaak kan worden gevonden van dit gewichtverlies, moet de patiënt worden doorverwezen naar de tweede lijn. Een iFOBT is een screeningsonderzoek en is hier dus niet aangewezen. Bij een vermoeden van IBD, kan er een calprotectine-bepaling gebeuren op de feces. Bij een negatieve calprotectinetest is IBD zeer onwaarschijnlijk en kan doorverwijzing voor endoscopie achterwege blijven.

SLIJM BIJ DE STOELGANG	**Wat wil je nog uitsluiten?**	**Hoe?**
	IBD: 5 Parasitaire infectie: 3 Intolerantie: 1 Poliep: 1	Labo: 3 Stoelgangonderzoek: 4 Calprotectine: 2 Coloscopie: 3

Slijm bij de stoelgang kan passen binnen PDS en hoeft dus niet meteen onrustwekkend te zijn. Andere mogelijke oorzaken van slijm bij de stoelgang zijn hemorrhoïden, een darminfectie (ook parasitair), coeliakie, IBD, darmpoliepen en een darmcarcinoom. Er is dus een heel breed diagnostisch landschap. Een uitgebreide anamnese met bevraging van bijkomende symptomen en aanwezigheid van risicofactoren en niet-pluissymptomen is belangrijk. Klinisch onderzoek met PPA en anale inspectie kan meer informatie bieden. Bij PDS-D met > 2 weken diarree is een triple feces test aangewezen om parasitaire infecties uit te sluiten. Een bloedname met bepaling van bloedbeeld, CRP, bezinking en eventueel ook IgA tTG (igv PDS-D of PDS-M of bij een vermoeden van coeliakie), kan meer informatie geven. Bij afwezigheid van alarmsymptomen en niet-pluissymptomen, is geruststelling mogelijk. Bespreek dan met de patiënt wanneer aanvullend onderzoek wel nodig is.

RECTAAL BLOEDVERLIES	Wat wil je nog uitsluiten?	Hoe?
	Anale problematiek: 5 GI maligniteit/poliep: 4 IBD: 3 Intestinale bloeding: 1	PPA: 4 Rectoscopie: 2 Linker coloscopie: 3 Coloscopie: 3 Labo: 2 Stoelgangonderzoek: 1

Rectaal bloedverlies kan wijzen op peri-anale problemen (hemorrhoïden, fissuur), proctitis (soa), poliepen, een coloncarcinoom, een intestinale bloeding en IBD. Het risico op IBD bij rectaal bloedverlies stijgt van 0,5% naar 5%. Het risico op colorectaal carcinoom bij rectaal bloedverlies stijgt van 0,5% naar 2 tot 4%. Een uitgebreide anamnese met bevraging van de risicofactoren en niet-pluissymptomen dient als eerste te gebeuren. Klinisch onderzoek met rectaal toucher en anale inspectie is nodig om peri-anale pathologieën op te sporen. Een bloedanalyse met bepaling van bloedbeeld, CRP en bezinking kan meer informatie geven. Onderstaand stroomdiagram is een hulpmiddel om de diagnostiek en het beleid bij rectaal bloedverlies correct en vlot te laten verlopen.



Figuur 5: Diagnostiek en beleid bij rectaal bloedverlies[36]

PERI-ANALE FISTELS	Wat wil je nog uitsluiten?	Hoe?
	IBD: 6 Maligniteit: 1	PPA:2 Coloscopie: 4 Rectoscopie: 2 Linker coloscopie: 1 Labo:1 Stoelgangonderzoek: 1

Peri-anale fistels zijn meestal het gevolg van een peri-anaal abces. Bij 4 van de 10 patiënten die een peri-anaal abces hebben, ontstaat er een fistel. Peri-anale fistels en abcessen kunnen bij iedereen voorkomen, maar mensen met de ziekte van Crohn hebben een veel grotere kans op het ontwikkelen van een fistel. Bij peri-anale fistels moet er dus altijd gedacht worden aan de ziekte van Crohn. Verhoogde thrombocyten, verhoogde leukocyten, een verhoogd CRP, een verhoogde bezinking, een verlaagd Hb en een verlaagd albumine in het serum verhoogt de kans op IBD. In deze situatie is doorverwijzing zeker aangewezen. Echter, negatieve bloedresultaten sluiten IBD niet uit. Bij een sterk vermoeden van IBD moet men ook doorverwijzen voor endoscopie. Bij een vermoeden van de ziekte van Crohn, kan er ook een calprotectine-bepaling gebeuren op de feces. Bij een negatieve calprotectinetest is IBD zeer onwaarschijnlijk en kan doorverwijzing voor endoscopie achterwege blijven. Deze test wordt nog niet in alle richtlijnen aanbevolen in de eerste lijn. Bovendien heeft deze test een hoge kostprijs voor de patiënt wanneer deze in de eerste lijn wordt uitgevoerd. In de tweede lijn wordt deze test wel volledig terugbetaald.

LICHTE KOORTS	Wat wil je nog uitsluiten?	Hoe?
	Infectieuze gastro-enteritis: 7 IBD: 3 Diverticulitis: 2 Abces: 1 Urineweginfectie: 1	Labo: 4 Stoelgangonderzoek: 6 Calprotectine: 1 Echo abdomen: 1 Urine-onderzoek: 1 CT abdomen: 2 Coloscopie: 2

Bij PDS klachten die gepaard gaan met lichte koorts, staan IBD en allerlei infectieuze aandoeningen van zowel gastro-intestinale als nefrologische en gynaecologische oorsprong in het diagnostisch landschap (abces, diverticulitis, infectieuze gastro-enteritis, appendicitis, pancreatitis, cholecystitis, pyelonefritis, PID,…). Anamnese, klinisch onderzoek, een bloedanalyse en een urine-onderzoek geven meestal voldoende informatie voor het inschatten van de ernst en het stellen van een diagnose. Afhankelijk hiervan beslist de arts of doorverwijzing nodig is of niet.

VOELBARE MASSA IN HET ABDOMEN	Wat wil je nog uitsluiten?	Hoe?
	Maligniteit: 6 Obstipatie: 2 Obstructie: 1 Diverticulitis: 1 Abces: 1	Echo: 4 CT abdomen: 3 iFOB test: 1 Labo: 1 PPA: 1 Verwijzing: 1

Een palpabele massa in het abdomen kan wijzen op een colorectaal carcinoom, obstipatie, IBD (voornamelijk bij weerstand in de rechter fossa), een abces of een ander tumoraal proces (nieren, ovaria,..). Een uitgebreide anamnese kan veel informatie geven. Bij een vermoeden van obstipatie kan een afwachtende houding worden aangenomen. Voldoende drinken, vezelrijke voeding en een laxativum zou deze obstipatie moeten verhelpen. Bij een vermoeden van IBD kan bepaling van Hb, CRP, bezinking, leukocyten, trombocyten en albumine meer informatie geven, maar negatieve resultaten sluiten IBD niet uit. Bij een sterk vermoeden van IBD moet men doorverwijzen voor endoscopie. Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor obstipatie of IBD, moet er verdere beeldvorming gebeuren om de palpabele abdominale massa in beeld te brengen (echografie en/of CT abdomen).

KLACHTEN NA INNAME MELKPRODUCTEN	Wat wil je nog uitsluiten?	Hoe?
	Lactose-intolerantie: 7	Ademtest: 6 Eliminatie: 2

Een patiënt met PDS die merkt dat de symptomen toenemen na inname van melkproducten, zou wel eens last kunnen hebben van lactosemalabsorptie (LM). De prevalentie van LM bij mensen met PDS-D is hoger dan in de open populatie. Toch is de LM vaak niet de veroorzaker van de PDS-klachten, waardoor behandeling van de LM de PDS-symptomen niet zal doen verdwijnen. NHG- en NICE-guidelines raden het af om in eerste lijn te screenen naar lactosemalabsorptie. Een lactosetolerantietest of H2-ademtest wordt enkel aangeraden bij patiënten verwezen naar de tweede lijn met vermoedelijk PDS-D, met negatieve fecescalprotectine en/of met anamnestische aanwijzingen voor LM (na een nauwkeurige voedingsanamnese). Bij patiënten met een herkomst buiten West-Europa kan laagdrempeliger naar LM worden gescreend omdat LM daar eerder regel dan uitzondering is.

PATIËNT VERMOEDT EEN VOEDINGSALLERGIE	Wat wil je nog uitsluiten?	Hoe?
	Voedingsallergie: 3 Lactose-intolerantie: 3 Fructose-intolerantie: 2 Coeliakie: 3 Specifieke voedingsintolerantie: 1	Anamnese: 3 Ademtest: 4 Fructose-ademtest: 2 tTG antistoffen: 3 Specifieke IgE bepaling: 1 Gastroduodenoscopie: 1 Foodscreen bloedanalyse: 2

Patiënten met PDS klachten, denken vaak aan bepaalde voedingsallergieën en willen zich hier op laten testen. In eerste instantie moet je als arts een duidelijke uitleg verschaffen omtrent de verschillen tussen een voedingsintolerantie en een voedingsallergie. Een goede anamnese is belangrijk om een correcte inschatting te kunnen maken. Het bijhouden van een voedingsdagboek kan helpen om te achterhalen welk voedingsbestanddeel de mogelijke oorzaak is van de klachten. Een voedingsintolerantie is een ongewenste en reproduceerbare, niet-immuungemedieerde reactie op voedsel in hoeveelheden die wel getolereerd worden door anderen. Verdere diagnostiek heeft hier geen meerwaarde. Bij het vermoeden van een niet-IgE gemedieerde voedingsallergie (niet-acute reactie, vertraagd begin van de symptomen), is het ook niet nuttig om RAST testen of huidtesten uit te voeren. Deze diagnose kan worden gesteld aan de hand van een eliminatietest, onder die voorwaarde dat er een vermoeden is van welk voedingsmiddel de oorzaak is. Advies van een diëtist kan hierbij nuttig zijn om deficiënties van essentiële voedingsstoffen en nutriënten te voorkomen. Wanneer er aan een IgE-gemedieerde allergie wordt gedacht (acuut, snel opkomen van de symptomen), wordt doorverwijzing naar tweede lijn aangeraden, zeker bij ernstige allergische reacties of een anafylactische shock. Bij de minder ernstige reacties kan verdere diagnostiek bij de huisarts gebeuren aan de hand van een RAST test of een huidtest.

Vraag 4: Er komt een patiënt bij u langs en je denkt aan het prikkelbare darm syndroom. Je hebt de alarmsymptomen al bevraagd. Deze zijn negatief. Wat doe je?	
Je **bespreekt** het vermoeden van het prikkelbare darm syndroom en bespreekt waarom **uitgebreid onderzoek geen meerwaarde** geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft **begrepen** en zich hier in kan vinden.	0
Je inspecteert, ausculteert en palpeert de buik. Als dit normaal is, geef je **uitleg** over het prikkelbare darmsyndroom en bespreek je waarom **uitgebreid onderzoek geen meerwaarde** geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft **begrepen** en zich hier in kan vinden.	1
Je **inspecteert, ausculteert en palpeert** de buik en je doet een **rectaal en vaginaal toucher** indien anamnese of leeftijd van de patiënt daar aanleiding toe geven. Indien dit normaal is, geef je **uitleg** over het prikkelbare darm syndroom en bespreek je waarom **uitgebreid onderzoek geen meerwaarde** geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft **begrepen** en zich hier in kan vinden.	2
Je doet klinisch onderzoek (**abdominaal, rectaal en vaginaal** indien aangewezen) en je doet een **bloedname**. Indien geen afwijkende resultaten, geef je **uitleg** over het vermoeden van het prikkelbare darmsyndroom en bespreek je waarom **verder onderzoek geen meerwaarde** geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft **begrepen** en zich hier in kan vinden.	0
Je doet klinisch onderzoek (**abdominaal, rectaal en vaginaal** indien aangewezen), je doet een **bloedname** en je doet een **fecaal onderzoek**. Indien geen afwijkende resultaten, geef je **uitleg** over het vermoeden van het prikkelbare darmsyndroom en bespreek je waarom **verder onderzoek geen meerwaarde** geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft **begrepen** en zich hier in kan vinden.	4
Je doet **klinisch onderzoek**, aanvullend **laboratoriumdiagnostiek**, **fecaal onderzoek** en je plant een **CT-scan** van de buik om andere aandoeningen uit te sluiten. Je legt ook uit dat er **mogelijks een coloscopie** zal gebeuren, afhankelijk van de resultaten. Het prikkelbare darmsyndroom is tenslotte een **uitsluitingsdiagnose en zo leg je het ook uit aan de patiënt.**	0

Bij een nieuwe diagnose van PDS is inspectie, palpatie en auscultatie van de buik zeker aangewezen. Rectaal en vaginaal toucher zijn enkel nodig indien anamnese en de leeftijd van de patiënt hier aanleiding toe geven. Bij aanwezigheid van risicofactoren en/of niet-pluissymptomen, moet de patiënt worden doorverwezen naar de tweede lijn. Indien er geen risicofactoren of niet-pluissymptomen aanwezig zijn, is een beperkte bloedanalyse (bloedbeeld, bezinking, CRP) aangewezen. Screening naar coeliakie wordt aangeraden bij patiënten met PDS-D, PDS-M of met PDS-klachten en een eerstegraads familielid met coeliakie. Een fecaal onderzoek is maar in bepaalde omstandigheden aangewezen: bij een vermoeden van Clostridium difficile (toxine bepaling in de stoelgang), bij diarree sinds > 2 weken (triple feces test) en bij een vermoeden van IBD (calprotectine, alhoewel de NHG en NICE-richtlijnen dit niet aanbevelen in de eerste lijn).

<u>Vraag 5</u>: Er komt een vrouw van ….. jaar bij je langs en je vermoedt dat het om een nieuwe diagnose van PDS gaat.

ZOU JE EEN BLOEDNAME DOEN? ZOJA, WAT BEPAAL JE?			
	28 jaar	**53 jaar**	**62 jaar**
Arts 1	Bezinking, bloedbeeld,Hb,CRP,Bilirubine, GOT, GPT, γGT, AF, lipase, TSH		
Arts 2	Geen bloedname, ongeacht de leeftijd.		
Arts 3	Bezinking, bloedbeeld, Hb, ferritine, creatinine, CRP, bilirubine, GOT, GOT, γGT, AF, lipase, TSH		
Arts 4	Geen bloedname ongeacht de leeftijd.		
Arts 5	Neen	Bezinking, bloedbeeld, Hb, creatinine, urinezuur, Na, K, Cl, HCO_3, Ca, F, CRP, GOT, GPT,γGT, AF, lipase	
Arts 6	Neen	Hb, ferritine, ijzer	
Arts 7	Neen	Bezinking, bloedbeeld, Hb, ferritine, transferrine, ijzer, vitamineB12, creatinine, urinezuur, Na, K, Cl, HCO_3, totaal eiwit, cholesterol, TG,HDL, LDL,GOT, GPT, γGT, AF, lipase, glucose nuchter, TSH,25-OH-vitD, evt tTG IgA	

ZOU JE NOG ANDERE ONDERZOEKEN DOEN? ZOJA, DEWELKE?			
	28 jaar	**53 jaar**	**62 jaar**
Arts 1	Stoelgangonderzoek (micr, kweek, parasieten, calprotectine)	Stoelgangonderzoek, echo abdomen, coloscopie	Stoelgangonderzoek, echo abdomen, coloscopie
Arts 2	Geen	Occult bloed test, coloscopie bij familiale antecedenten van coloncarcinoom	Occult bloed test, coloscopie bij familiale antecedenten van coloncarcinoom
Arts 3	Stoelgangonderzoek (micr, kweek, calprotectine)	Stoelgangonderzoek (micr, kweek)	iFOBT indien geen deelname aan bevolkingsonderzoek, stoelgangonderzoek

			(micr, kweek)
Arts 4	Evt echo abdomen (afhankelijk van comorbiditeit)	Evt echo abdomen (afhankelijk van comorbiditeit)	Evt echo abdomen (afhankelijk van comorbiditeit)
Arts 5	Geen	Stoelgangonderzoek, evt urine-onderzoek, beeldvorming en coloscopie bij familiale antecedenten van coloncarcinoom	Stoelgangonderzoek, urine-onderzoek, beeldvorming en coloscopie bij familiale antecedenten van coloncarcinoom
Arts 6	Geen. Calprotectine en coloscopie in geval van slijm bij de stoelgang	iFOBT	iFOBT
Arts 7	Geen	iFOBT bij familiale antecedenten van coloncarcinoom	iFOBT, coloscopie bij familiale antecedenten van coloncarcinoom

Twee artsen zouden bij een nieuwe diagnose van PDS nooit een bloedanalyse doen, ongeacht de leeftijd, twee andere artsen zouden altijd een bloedanalyse doen en de overige drie artsen zouden enkel een bloedanalyse doen bij patiënten > 50 jaar. De uitgebreidheid van de bloedanalyses verschilt ook sterk tussen de verschillende artsen. De richtlijnen raden aan om bij elke nieuwe diagnose van PDS een beperkte bloedanalyse te doen met bepaling van een compleet bloedbeeld, bezinking en CRP. Bij PDS-D en PDS-M is een screening naar coeliakie aangewezen, met bepaling van tTG IgA. De NICE richtlijn raadt aan om bij vrouwen > 50 jaar met een nieuwe diagnose van PDS ook CA125 te bepalen. Andere richtlijnen zeggen hier niets over.

Bij 2 artsen ligt de drempel voor een stoelgangonderzoek zeer laag. Zij zouden bij iedereen met een nieuwe diagnose van PDS een stoelgangonderzoek doen voor microscopie, kweek en calprotectine bepaling. De richtlijnen raden een stoelgangonderzoek enkel aan bij diarree > 2 of bij een vermoeden van IBD.

Wanneer de leeftijd van 50 jaar is bereikt, zijn de artsen meer op hun hoede en worden er meer onderzoeken gedaan om andere aandoeningen uit te sluiten. Dit is een goede reflex. Een nieuwe diagnose van PDS bij een patiënt > 50 jaar is een alarmsymptoom en verdient extra aandacht. Een iFOBT hoeft hier niet te gebeuren. De patiënt moet verwezen worden naar de tweede lijn voor aanvullend onderzoek.

2.4 Discussie

Na verwerking van de vragenlijsten en bespreking met de artsen, komen volgende werkpunten aan het licht.

Er wordt vaak gebruik gemaakt van een iFOB-test in de diagnostiek. Toch heeft deze test geen specifieke diagnostische waarde voor PDS. Wanneer er alarmsymptomen of niet-pluissymptomen aanwezig zijn die kunnen wijzen op een colorectaal carcinoom, is een bloedanalyse, eventueel beeldvorming en doorverwijzing naar de tweede lijn aangewezen. De iFOB-test is een screeningstest en wordt aangeraden vanaf 50 jarige leeftijd (of vroeger indien familiale antecedenten van colorectaal carcinoom). In Vlaanderen worden alle mensen van 55 tot 74 jaar uitgenodigd voor een bevolkingsonderzoek. Hopelijk zullen in de toekomst in Vlaanderen ook 50 tot 55-jarigen worden geïncludeerd in het bevolkingsonderzoek.

Screening naar coeliakie bij alle PDS-D en PDS-M patiënten wordt niet systematisch gedaan in de praktijken. Toch raden sommige richtlijnen dit wel aan aangezien de prevalentie van coeliakie bij PDS-D en PDS-M groter is dan in de algemene populatie. Er was ook onvoldoende kennis omtrent de verschillende auto-antistoffen. Enkele artsen werken nog met de AGA antilichamen omdat deze antistoffen in het verleden als eerste beschikbaar zijn gekomen. Ondertussen bestaan er testen met een hogere sensitiviteit en specificiteit.

Iedereen beschikt over de kennis dat bepaling van calprotectine in de feces kan helpen om een onderscheid te maken tussen functionele klachten en IBD. Toch was niet iedereen op de hoogte van de hoge kostprijs van deze test. Het is belangrijk om hierbij stil te staan en de patiënt hiervan op de hoogte te brengen. In de tweede lijn wordt deze test wel terug betaald. Sommige richtlijnen raden het gebruik van deze test af in de eerste lijn. Andere richtlijnen geven het gebruik van deze test bij PDS-D wel een plaats in de eerste lijn.

Er is geen eenduidigheid over het nut en de uitgebreidheid van een bloedanalyse bij een nieuwe diagnose van PDS. Bij een nieuwe diagnose van PDS, stellen de richtlijnen voor om een beperkte bloedanalyse te doen om andere aandoeningen uit te sluiten. De bloedanalyse kan beperkt blijven tot een compleet bloedbeeld, CRP en bezinking. Bij PDS-D en PDS-M is bepaling van tTG IgA ook aangewezen. De NICE richtlijn raadt aan om bij alle vrouwen > 50 jaar met een nieuwe diagnose van PDS ook het CA125 te bepalen omdat PDS maar zelden optreedt vanaf deze leeftijd. In andere richtlijnen wordt hier niets over vermeld.

Alle artsen zouden, bij patiënten met PDS en een vermoeden van lactose-intolerantie, een lactose ademtest laten uitvoeren. De richtlijnen raden aan om screening naar LM door middel van een lactose ademtest te beperken tot patiënten verwezen naar de tweede lijn met vermoedelijk PDS-D, met negatieve fecescalprotectine en/of anamnestische aanwijzingen voor LM. Een lastose eliminatie dieet is in de huisartsenpraktijk een goede pragmatische benadering.

De resultaten bekomen uit vraag 2 waren anders dan ik had verwacht. Ik had een vermoeden dat deze vraag verkeerd werd geïnterpreteerd, maar bij herhaling van deze vraag, kwam ik uit op dezelfde resultaten. Geslacht en leeftijd zijn bij alle artsen 2 gekende criteria die de voorkans op PDS

vergroten. Ik had verwacht dat deze 2 criteria bij iedereen bovenaan de lijst zouden staan, maar het omgekeerde bleek waar te zijn.

2.5 Conclusie

De artsen zijn in staat om de diagnose PDS te stellen, maar er is onzekerheid en onvoldoende eensgezindheid over het diagnostisch beleid. Elke arts heeft een andere aanpak. De flowchart kan de huisartsen helpen om de diagnostiek accuraat en evidence based te laten verlopen, zonder overbodige aanvullende onderzoeken. Zo kan een grote maatschappelijke kost vermeden worden.

Algemeen besluit

Er is veel onzekerheid en onvoldoende eensgezindheid over het diagnostisch beleid bij PDS in de eerste lijn. Er zijn verschillende knelpunten in de diagnostiek van PDS. De verwachtingen en inzichten van de patiënt komen vaak niet overeen met die van de arts. Een groot deel van de patiënten verwacht aanvullend onderzoek of een verwijzing naar de tweede lijn. Wanneer de communicatie tussen de arts en de patiënt niet goed loopt, zal de patiënt zich niet geholpen voelen. Geef van bij het begin een duidelijke uitleg over PDS en de te volgen diagnostische procedure. Leg uit waarom er bij het ontbreken van niet-pluissymptomen of risicofactoren geen uitgebreid onderzoek moet gebeuren. Maak duidelijk dat de bezorgdheden van de patiënt serieus worden genomen.

Bevraging van alarmsymptomen en niet-pluissymptomen is het belangrijkste deel in de diagnostiek in de eerste lijn. Bij aanwezigheid van alarmsymptomen of niet-pluissymptomen is doorverwijzing naar de tweede lijn aangewezen.

Klinisch onderzoek, met abdominale inspectie, auscultatie en palpatie en eventueel ook een rectaal of vaginaal toucher indien anamnese hier aanleiding toe geeft, dient ook te gebeuren, zeker bij een nieuwe diagnose van PDS. Bij onderzoeksbevindingen die niet passen bij de diagnose PDS moet doorverwijzing naar de tweede lijn overwogen worden.

Een beperkte bloedanalyse met bepaling van CRP, bezinking en een compleet bloedbeeld kan helpen om andere aandoeningen meer of minder waarschijnlijk te maken. Bij patiënten met PDS-D of PDS-M wordt screening naar coeliakie aangeraden. De sensitiviteit en specificiteit van IgA tTG liggen het hoogst. Deze test is dus het meest aangewezen voor screening. Bij IgA-deficiëntie is het aanbevolen de IgG autoantistoffen te bepalen.

Bij een nieuwe diagnose van PDS bij vrouwen ouder dan 50 jaar raden de NICE richtlijnen een bepaling van CA125 aan. Echter door geen enkele andere richtlijn wordt dit gehanteerd.

Bij twijfel tussen een functionele aandoening of IBD kan een calprotectine bepaling gebeuren. Hou er rekening mee dat dit geen goedkope test is voor de patiënt. Het bepalen van calprotectine in de stoelgang wordt enkel terugbetaald in tweede lijn. Sommige richtlijnen raden het gebruik van deze test af in eerste lijn. Andere richtlijnen geven bepaling van het calprotectine bij PDS-D wel een plaats in de huisartsenpraktijk.

Screening naar lactose-malabsorptie door middel van een lactose ademtest wordt ook niet aanbevolen in de huisartsenpraktijk. Bij een anamnestisch vermoeden van lactose-intolerantie, kan de arts een exclusiedieet aanraden. Bij onvoldoende verbetering tijdens een dieet en verdere onduidelijkheid omtrent de diagnose, kan men verwijzen naar de tweede lijn.

Wanneer de patiënt, ondanks een duidelijke uitleg over PDS en de te volgen diagnostische procedure, toch onzeker en ongerust blijft, moet doorverwijzing naar de tweede lijn overwogen worden. Voordat de patiënt wordt doorverwezen is het belangrijk om samen met de patiënt het doel en de verwachtingen van de verwijzing te bespreken en uit te leggen dat in de tweede lijn niet altijd endoscopie zal plaatsvinden. Wanneer er geen vermoeden van een andere pathologie bestaat, kan ook in de tweede lijn van aanvullende diagnostiek worden afgezien.

Literatuurlijst

1. Van der Horst HE, De Wit NJ, Quartero AO, Muris JWM, Berger MY, Bijkerk CJ, et al. NHG-Standaard Prikkelbare darm syndroom (PDS). Nederlands Huisartsen Genootschap 2012. Beschikbaar via https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-prikkelbaredarmsyndroom-pds. Geraadpleegd 2018 april 2.

2. Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn: Diagnostiek en behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) 2011. Beschikbaar via: https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/11-19uit-kpds_Multidisciplinaire_richtlijn_PDS_def.pdf. Geraadpleegd 2018 april 2.

3. Mauclet P, Tack J, Vandenberghe A. Functionele spijsverteringsstoornissen in een ander daglicht. Hoeilaart: Mylan bvba; 2015. p.15.

4. Shahandeh N. De huidige aanpak van het prikkelbaredarmsyndroom. Artsenkrant 2016; 2473: 18-19.

5. Hubert L. Prikkelbaredarmsyndroom: een duidelijk antwoord op de vragen die het oproept. Medi-Sfeer 2017; 543: 26-27.

6. Cordemans M. Irritable bowel syndrome (IBS): er zit evolutie in… Medi-Sfeer 2016; 539: 23-27.

7. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. The New England Journal of Medicine 2017;376. Beschikbaar via: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1607547. Geraadpleegd 2018 april 2.

8. Penninckx F, Coremans G, De Hertogh G, Nevens F, Roskams T, Vanbeckevoort D, et al. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel. Leuven: Acco; 2011. p.357 .

9. Holtmann G, Shah A, Morrison M. Pathophysiology of Functional Gastrointestinal Disorders: A Holistic Overview. Digestive Diseases 2017; 35. Beschikbaar via: https://www.karger.com/Article/FullText/485409. Geraadpleegd 2018 april 2.

10. Holtmann G, Ford A, Talley N. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. The Lancet Gastroenterology & Hepatology 2016; 1. Beschikbaar via: http://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(16)30023-1/fulltext. Geraadpleegd 2018 april 2.

11. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 643-650.

12. Drossman DA, Funch-Jensen P, Janssens J. Identification of subgroups of functional bowel disorders. Gastroenterol Int 2013; 3: 159-172.

13. Lovell RM, Ford AC. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2012; 107: 991-1000.

14. Tang YR, Yang WW, Liang ML, Xu XY, Wang MF, Lin L. Age-related symptom and life quality changes in women with irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol. 2012; 18: 7175-7183.

15. Drossman DA. Multi-dimensional clinical profile (MDCP) For the Functional Gastrointestinal Disorders. Raleigh (USA): The Rome Foundation; 2015. p.214.

16. Blanchard-Smith J, Bullock I, Dalrymple J, Davis S, Eastwood J, Foster C, et al. Irritable bowel syndrome in adults: Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence. 2017. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg61/evidence/full-guidance-pdf-196701661.

17. IBS Impact. New Rome IV Diagnostic Criteria for Irritable Bowel Syndrome (IBS). Beschikbaar via: https://ibsimpact.wordpress.com/2016/06/09/new-rome-iv-diagnostic-criteria-for-irritable-bowel-syndrome-ibs-unveiled-may-2016/. Geraadpleegd 2018 april 2.

18. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. Journal of Clinical Medicin 2017; 6. Beschikbaar via https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29072609. Geraadpleegd 2018 april 2.

19. Rome Foundation. Rome IV Interactive Clinical Decision Toolkit. 2017. Beschikbaar via: https://theromefoundation.org/programs-projects/education-program/rome-iv-interactive-clinical-decision-toolkit/. Geraadpleegd 2018 april 2.

20. Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis. 2008. Beschikbaar via https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/richtlijn_Coeliakie_definitief.pdf. Geraadpleegd 2018 april 2.

21. Damoiseaux RAMJ, Damoiseax J. Coeliakiediagnostiek bij de huisarts. Huisarts & Wetenschap, 2005; 48. Beschikbaar via: https://www.henw.org/archief/volledig/id2141-coeliakiediagnostiek-bij-de-huisarts.html. Geraadpleegd 2018 april 2.

22. Nederlandse Coeliakie Vereniging. Coeliakie: De meest onbekende volksziekte van Nederland 2017. Beschikbaar via https://www.glutenvrij.nl/media/documenten/ncvfolder-huisartsen.pdf. Geraadpleegd 2018 april 2.

23. National Institute for Health and Care Excellence. Coeliac Disease: recognition, assessment and management 2015. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/ng20. Geraadpleegd 2018 april 2.

24. Lucassen PLBJ, Albeda FW, Van Reisen MT, Silvius AM, Wensing C, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid. Huisarts & Wetenschap 2010; 53. Beschikbaar via https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-voedselovergevoeligheid. Geraadpleegd 2018 april 2.

25. National Institute for Health and Care Excellence. Food allergy 2016. Beschikbaar via https://www.nice.org.uk/guidance/qs118. Geraadpleegd 2018 april 2.

26. National Institute for Health and Clinical Excellence. Food allergy in children and young people. Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings. 2011. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg116/resources/cg116-food-allergy-in-children-and-young-people-full-guideline3. Geraadpleegd 2018 april 2.

27. Federale overheidsdienst, volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Wat is een voedingsallergie of intolerantie? 2016. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/voeding/voedselveiligheid/voedingsallergien-intoleranties/wat-een-voedingsallergie-intolerantie. Geraadpleegd 2018 april 2.

28. Thuisarts.nl. Ik ga een voedingsdagboek bijhouden. 2015. Beschikbaar via: https://www.thuisarts.nl/voedselovergevoeligheid/ik-ga-voedingsdagboek-bijhouden. Geraadpleegd 2018 april 2.

29. Thuisarts.nl. Ik heb last van voedselovergevoeligheid. 2015. Beschikbaar via: https://www.thuisarts.nl/voedselovergevoeligheid/ik-heb-last-van-voedselovergevoeligheid. Geraadpleegd 2018 april 2.

30. National Health Service. Lactose intolerance. 2016. Beschikbaar via: https://www.nhs.uk/conditions/lactose-intolerance/diagnosis/. Geraadpleegd 2018 april 2.

31. Perets TT, Shporn E, Aizic S, Kelner E, Levy S, Bareli Y, et al. A diagnostic approach to patients with suspected lactose malabsorption. Dig Dis Sci. 2014; 59: 1012-1016.

32. Nys E. De diagnose van lactose-intolerantie in de huisartsenpraktijk [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2012-2014.

33. National Institute for Health and Care Excellence. Ovarian cancer: recognition and initial management 2011. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg122/chapter/1-Guidance#detection-in-primary-care. Geraadpleegd 2018 april 2.

34. Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Richtlijn diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen. 2009. Beschikbaar via http://www.icc-ibd.com/upload/files/IBD-volwassenen-definitief-november-2009.pdf. Geraadpleegd 2018 april 2.

35. National Institute for Health and Care Excellence. Colorectal cancer: diagnosis and management. 2011. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg131/chapter/1-Recommendations#investigation-diagnosis-and-staging. Geraadpleegd 2018 april 2.

36. Bouma M, Damoiseaux RAMJ, Heemstra-Borst CG, de Meij M, Kurver MJ, Lemmen WH. NHG-Standaard Rectaal bloedverlies. Huisarts & Wetenschap 2009; 52. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-rectaal-bloedverlies. Geraadpleegd 2018 april 2.

37. Centrum voor kankeropsporing. Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker 2015. Beschikbaar via: https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bevolkingsonderzoek. Geraadpleegd 2018 april 2.

38. Macaigne G, Lahmek P, Locher C, Lesgourgues B, Costes L, Nicolas MP, et al. Microscopic colitis or functional bowel disease with diarrhea: a French prospective multicenter study. Am J Gastroenterol 2014; 109: 1461-1470.

Bijlagen

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk: onzekerheid rond de diagnosestelling. " (mp19453)

Prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk: onzekerheid rond de diagnosestelling.

Student(en): Nathalie Van de Putte
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de geneeskunde (Leuven)
Het onderzoek is: multicentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: praktijkverbeterend.
Promotor: Jan Tack (jan.tack@kuleuven.be - u0015849 - TARGID)
Registratienummer: mp19453

Achtergrond:
Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is een vaak voorkomend functioneel probleem in de huisartsenpraktijk en de huisarts heeft een belangrijke rol in het stellen van deze diagnose. De huisarts moet bepalen of verdere onderzoeken dienen te gebeuren of niet. PDS is een symptoomdiagnose, maar als huisarts moeten we bepalen welke andere gastro-intestinale aandoeningen we met zekerheid willen uitsluiten vooraleer we de diagnose PDS kunnen stellen. Diverse factoren beïnvloeden de beslissing tot verder onderzoek: de kans op organische ziekte (voorkans, aantonende en uitsluitende factoren en de nakans), de aanwezigheid van alarmsymptomen, de aanwezigheid van comorbiditeit en psychosociale factoren en de behoefte van de arts of de patiënt aan diagnostische zekerheid.
Ik ondervond de eerste maanden van mijn HAIO-opleiding moeilijkheden bij het diagnostisch beleid rond chronische/recidiverende darmklachten. Wanneer ik dit bij mijn collega's in de praktijk ging navragen, merkte ik al snel op dat er ook bij hen onzekerheid heerste rond de diagnosestelling en het aanvragen van verdere onderzoeken. Mijn collega's en ik stonden er dus achter om een praktijkbevorderend project op te starten rond het prikkelbaredarmsyndroom.

Vraagstelling:
Ik tracht voornamelijk een antwoord te vinden op volgende vragen:
- Wanneer mogen we als huisarts spreken over "prikkelbaredarmsyndroom"? Welke criteria zijn belangrijk in de huisartsenpraktijk?
- Welke onderzoeken/interventies moeten we doen om andere mogelijke oorzaken van de chronische/recidiverende darmklachten uit te sluiten? Wanneer moeten we deze aanvullende onderzoeken doen?
- Hoe pakken de huisartsen in deze 2 praktijken het tot op heden aan, waarrond bestaat er onzekerheid en waar liggen de knelpunten in het diagnostisch onderzoek bij chronische darmklachten?

Methodologie:
Literatuuronderzoek
Enkele vragen rond de diagnostiek van het prikkelbaredarmsyndroom waarop ik een antwoord wil vinden in de literatuur.

Hoofdvragen:
- Wanneer mogen we als huisarts spreken over "prikkelbaredarmsyndroom"? Welke criteria zijn belangrijk? Wat zeggen de ROME III en ROME IV criteria en zijn deze criteria belangrijk in de huisartsenpraktijk?
- Welke onderzoeken/interventies moeten we doen om andere mogelijke oorzaken van de chronische/recidiverende darmklachten uit te sluiten? Wanneer moeten we deze onderzoeken doen? Wanneer moeten we doorverwijzen naar tweede lijn?
    - Welke diagnoses staan er in de binnencirkel?
    - Wat is de aantonende en uitsluitende kracht van bepaalde symptomen?
    - Waar ligt de actiedrempel?
    - Bij welke symptomen moeten we welke interventies ondernemen?

Bijvragen:
- Wat kan een huisarts doen om voedingsintoleranties uit te sluiten? Is het nuttig om patiënten door te verwijzen voor een lactose-intolerantietest? Is het nuttig om als huisarts voedingsallergieën te bepalen in het bloed? Zoniet, hoe leggen we dit uit aan de patiënt?
- Hoeveel van de patiënten die worden doorverwezen naar de 2e lijn owv alarmsymptomen hebben effectief een organische oorzaak van hun klachten?
- Wat zijn de kosten voor de patiënt en de maatschappij van deze interventies?

Praktijkbevorderend project
Het project zal in 2 praktijken lopen, zijnde beide praktijken waar ik als HAIO een jaar zal werken. Beide praktijken zijn geïnteresseerd in de problematiek en willen meewerken aan het praktijkbevorderend project.

Wat ik in beide praktijken te weten wil komen:

- Wat zetten de artsen in de differentiaal diagnose bij chronische/recidiverende buikklachten?
  - Alle artsen stellen een diagnostisch landschap op rond “chronische/recidiverende buikklachten bij volwassenen (< 18 jaar)”.
- Durven zij de diagnose “prikkelbaredarmsyndroom” uitspreken? Wanneer doen ze dit? Hoe denken zij over het prikkelbaredarmsyndroom? Hoe pakken zij dit aan? Wat zijn bij hen doorslaggevende factoren om verder onderzoek te doen?
  - Interview huisartsen (zie bijlage).
- Hoe pakken de artsen het tot op heden aan?
  - Artsen noteren de namen van patiënten waarbij ze denken aan het prikkelbaredarmsyndroom (nieuwe diagnose).
  - Artsen noteren goed in het dossier wat ze bevragen tijdens de consultatie en welke verdere onderzoeken ze gaan uitvoeren.
  - Patiënten tekenen een informed consent (toestemmingsformulier tot inzage van hun dossier, zie bijlage).
  - Ik tracht een beeld te schetsen hoe de artsen het op dit moment aanpakken.
- Met de informatie die ik heb verzameld, tracht ik de knelpunten te achterhalen. Op welke vlakken verschilt hun aanpak met de aanpak die wordt aangeraden in de richtlijnen? (= meting van de kwaliteit)
- Als laatste stel ik een korte praktijkrichtlijn op om de diagnostiek beter en met meer zekerheid te laten verlopen.

Patiënten worden aan geen enkel risico blootgesteld. De gegevens worden steeds anoniem verwerkt en bewaard.
De artsen hebben allemaal mondeling toegestemd tot deelname aan het onderzoek. Dit alles met als doel de kwaliteit in beide praktijken te bevorderen. Er zullen geen namen worden vermeld. Enkel geslacht, leeftijd en aantal jaren werkervaring van de artsen die deelnemen.

Goedkeuring Ethische begeleiding masterproeven "Prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk: onzekerheid rond de diagnosestelling. " (mp19453)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de geneeskunde (Leuven)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk: onzekerheid rond de diagnosestelling. " onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de geneeskunde (Leuven)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk: onzekerheid rond de diagnosestelling. " and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de geneeskunde (Leuven)

Vragenlijst voor de huisartsen

VRAAG 1:

Wat zijn voor u de drie belangrijkste symptomen om de diagnose van prikkelbaredarmsyndroom te stellen?

- Wisselend stoelgangspatroon
- Opgeblazen gevoel
- Toename van flatulentie
- Buikpijn die betert na defecatie
- Meer last na het eten
- Recidiverende buikpijn
- De klachten zijn geassocieerd met verandering in frequentie en consistentie van defecatie
- Slijm bij defecatie

VRAAG 2:

Wat verhoogt voor u de voorkans op prikkelbaredarmsyndroom? Rangschik van belangrijk (1) naar minder belangrijk (6).

_ Geslacht
_ Leeftijd
_ Familiaal voorkomen van prikkelbare darmsyndroom
_ Voorgeschiedenis van somatische en psychiatrische comorbiditeit
_ Frequent consultatiepatroon
_ Recent ingrijpende gebeurtenis

VRAAG 3:

Je krijgt een patiënt over de vloer en je denkt aan het prikkelbaredarmsyndroom. Maar ze vermeldt ook onderstaande klachten. Zou je nog iets anders willen uitsluiten? Hoe zou je dit doen?

- **Gewichtverlies**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……
- **Slijm bij de stoelgang**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……
- **Rectaal bloedverlies**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……
- **Peri-anale fistels**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……
- **Lichte koorts**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?

……

- **Voelbare massa in de buik**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……
- **Klachten na het eten of drinken van melkproducten**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……
- **Patiënt denkt dat een allergie de oorzaak is van haar klachten**
  Wil je iets uitsluiten? Zoja, wat?
  ……
  Hoe?
  ……

VRAAG 4:

Er komt een patiënt bij u langs en je denkt aan het prikkelbaredarmsyndroom. Je hebt de alarmsymptomen al bevraagd. Deze zijn negatief. Wat doe je?

- Je bespreekt het vermoeden van het prikkelbaredarmsyndroom en bespreekt waarom uitgebreid onderzoek geen meerwaarde geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft begrepen en zich hier in kan vinden.
- Je inspecteert, ausculteert en palpeert de buik. Als dit normaal is, geef je uitleg over het prikkelbare darmsyndroom en bespreek je waarom uitgebreid onderzoek geen meerwaarde geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft begrepen en zich hier in kan vinden.
- Je inspecteert, ausculteert en palpeert de buik en je doet een rectaal en vaginaal toucher indien anamnese of leeftijd van de patiënt daar aanleiding toe geven. Indien dit normaal is, geef je uitleg over het prikkelbaredarmsyndroom en bespreek je waarom uitgebreid onderzoek geen meerwaarde geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft begrepen en zich hier in kan vinden.
- Je doet klinisch onderzoek (abdominaal, rectaal en vaginaal indien aangewezen) en je doet een bloedname. Indien geen afwijkende resultaten, geef je uitleg over het vermoeden van het prikkelbare darmsyndroom en bespreek je waarom verder onderzoek geen meerwaarde geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft begrepen en zich hier in kan vinden.
- Je doet klinisch onderzoek (abdominaal, rectaal en vaginaal indien aangewezen), je doet een bloedname en je doet een fecaal onderzoek. Indien geen afwijkende resultaten, geef je uitleg over het vermoeden van het prikkelbare darmsyndroom en bespreek je waarom verder onderzoek geen meerwaarde geeft. Je vraagt of de patiënt alles heeft begrepen en zich hier in kan vinden.
- Je doet klinisch onderzoek, aanvullend laboratoriumdiagnostiek, fecaal onderzoek en je plant een scan van de buik om andere aandoeningen uit te sluiten. Je legt ook uit dat er mogelijks een coloscopie zal gebeuren, afhankelijk van de resultaten. Het prikkelbare darmsyndroom is tenslotte een uitsluitingsdiagnose en zo leg je het ook uit aan de patiënt.

VRAAG 5:

5a) Er komt een vrouw van 28 jaar bij je langs en je hebt een vermoeden van het prikkelbaredarmsyndroom (nieuwe diagnose).

Zou je een bloedname doen? Zoja, wat bepaal je? Duid aan op het labo-formulier.

Zou je nog andere onderzoeken doen? Zoja, dewelke en waarom?

……

……

……

……

……

5b) Er komt een vrouw van 53 jaar bij je langs en je hebt een vermoeden van het prikkelbaredarmsyndroom (nieuwe diagnose).

Zou je een bloedname doen? Zoja, wat bepaal je? Duid aan op het labo-formulier.

Zou je nog andere onderzoeken doen? Zoja, dewelke en waarom?

……

……

……

……

……

5c) Er komt een vrouw van 62 jaar bij je langs en je hebt een vermoeden van het prikkelbare darmsyndroom (nieuwe diagnose).

Zou je een bloedname doen? Zoja, wat bepaal je? Duid aan op het labo-formulier.

Zou je nog andere onderzoeken doen? Zoja, dewelke en waarom?

……

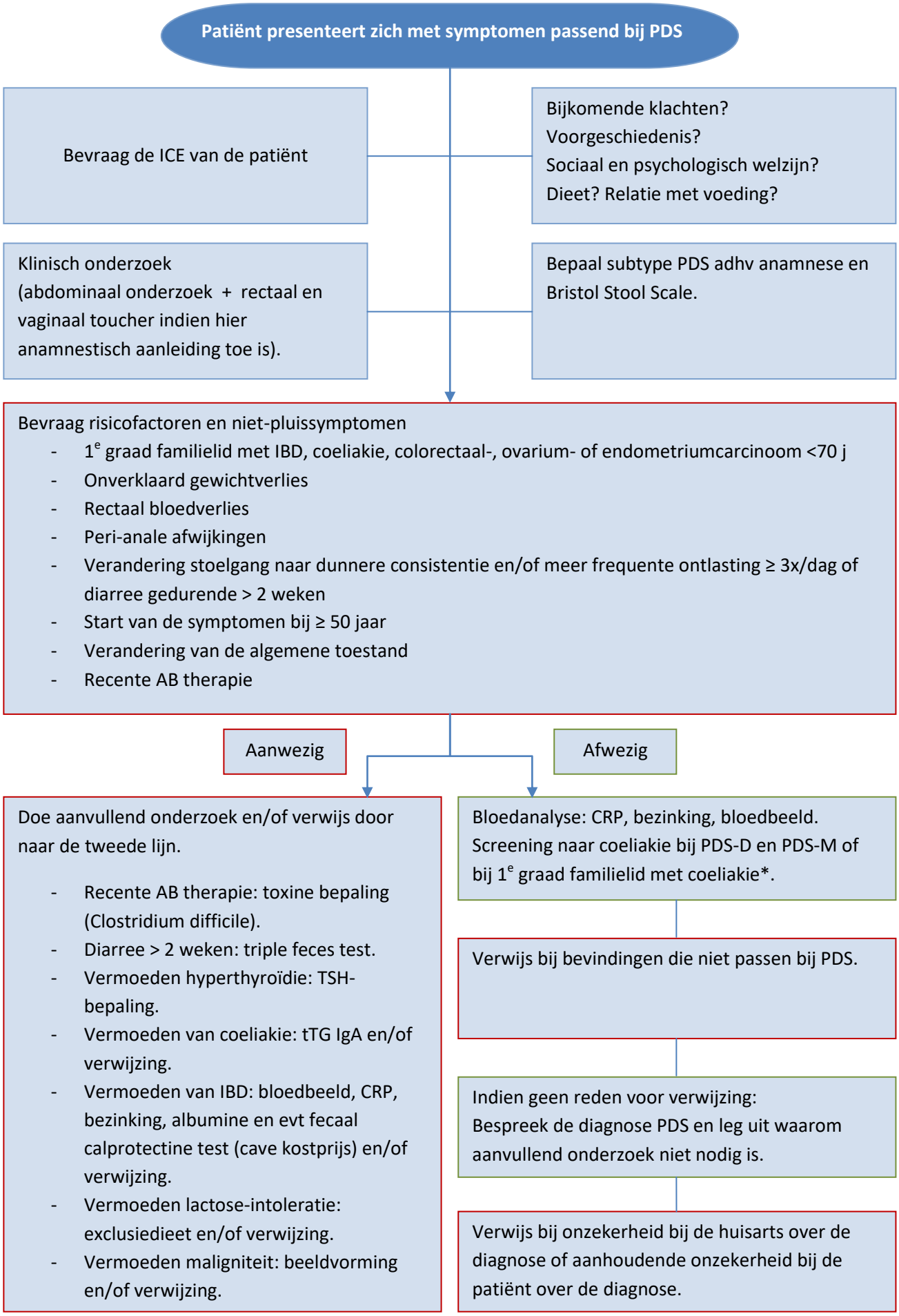
……

……

……

……

Flowchart: diagnostisch beleid bij prikkelbare darm syndroom in de eerste lijn



***Screening naar coeliakie bij PDS-D en PDS-M of bij 1e graad familielid met coeliakie.**

