Aanpak prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsgeneeskunde

Katrien Van Hoorick, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Prof. Dr. Paul Van Royen, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Aanpak van prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk.

Haio: Katrien VAN HOORICK
Universiteit Antwerpen
Promotor: Prof. Dr. Lieve PEREMANS
Co-promotor: Prof. Dr. Paul VAN ROYEN
Praktijkopleider: Prof. Dr. Lieve PEREMANS

Context:
Het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) is een vaak voorkomende functionele aandoening in de huisartsenpraktijk. Hoewel er rond het prikkelbaredarmsyndroom meerdere richtlijnen zijn opgesteld, blijken deze in onze praktijk weinig gekend te zijn. De artsen ondervinden besliskundige moeilijkheden gezien de diagnosestelling verloopt via onzekerheid en onduidelijkheid over het al of niet aanvragen van verdere onderzoeken. De behandeling is vaak moeilijk en weinig effectief, wat twijfels bij de arts maar ook angst bij de patiënt teweeg kan brengen.

Onderzoeksvraag:
Hoe kunnen we de aanpak van het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) in onze praktijk optimaliseren?

- Hoe verliep deze aanpak tot op heden in onze praktijk?
- In hoeverre verschilt deze van de aanbevelingen in literatuur?
- Welke drempels ervaren de artsen in dit proces?
- Hoe ervaren de patiënten de communicatie hier rond?
- Hoe kunnen we onze praktijkvoering kwalitatief verbeteren?

Methode (literatuur & registratiewijze):
In het retrospectief gedeelte wordt informatie verzameld uit de elektronisch medische dossiers van de patiënten. De verkregen informatie wordt vergeleken met de voorgeschreven richtlijnen in de literatuur. In het prospectieve gedeelte wordt er gevraagd naar de mening van de patiënten over het afgelegde proces aan de hand van een schriftelijke vragenlijst. Tenslotte worden ook de artsen van de praktijk geïnterviewd om na te gaan welke problemen zij ondervinden in het beleid van IBS.

Resultaten en conclusie:
Bij het vergelijken van de aanbevelingen in de literatuur met de huidige aanpak van IBS in onze praktijk ontdekten we enkele belangrijke knelpunten die we hebben omgevormd tot leerpunten en zo tot een praktijkconsensus werden gebundeld.
Er werden alarmsignalen geformuleerd die nagevraagd dienen te worden in de anamnese, gezien dit tot op heden te beperkt gebeurde. Bovendien werden diagnostische criteria vooropgesteld met een duidelijke tijdstermijn. Ook bij het klinisch onderzoek werden duidelijk alarmsignalen opgesteld vermits hier voorheen te weinig aandacht aan besteed werd. Er werd gesteld een rectaal en/of vaginaal toucher uit te voeren zo nodig. Een grote beleidsverandering is het advies van een bloedname, inclusief coeliakietesten, bij elke patiënt die voldoet aan de diagnostische criteria.
Deze leerpunten geven een oplossing betreffende het grootste struikelblok voor onze artsen, nl. onzekerheid in het aanvragen van aanvullend onderzoek. Bij afwezigheid van de geformuleerde alarmsignalen, zonder afwijkingen bij de bloedname, zijn er geen aanvullende onderzoeken nodig. Indien er toch afwijkingen of alarmsignalen zijn, dient men door te verwijzen naar de tweedelijn.
Daarnaast werd het gebrek aan een effectieve behandeling als moeilijk beschouwd door de artsen. Ook hiervoor werden leerpunten opgesteld. In het niet-medicamenteuze beleid dient men meer aandacht te bieden aan bewegingsadvies en te denken aan psychotherapie bij therapieresistente klachten. In de medicamenteuze aanpak dient men een antidepressivum te overwegen bij persisterende pijnklachten in plaats van bepaalde antipsychotica zoals tot nu toe weleens gebeurde. Daarnaast kan men loperamide adviseren indien de patiënt diarree als voornamelijk klacht heeft.
Uit de interviews bleek dat patiënten een folder en geschreven dieetadviezen zeer nuttig vinden, terwijl de artsen minder geneigd waren deze mee te geven uit praktische redenen. Daarom werd er een nieuwe folder opgesteld en werd de lay-out van de oude dieetadviezen vernieuwd.

E-mail: katrienvanhoorick@hotmail.com

ICPC-code: D93 (IBS/spastisch colon)

Inhoudstafel

Inhoudstafel ……3

1. Inleiding ……4

2. Leeswijzer ……5

3. Literatuurstudie……6
3.1 Introductie ……6
3.2 Methodologie ……6
3.3 Resultaten ……7
3.4 Bespreking resultaten ……10

4. Hoe wordt er nu gehandeld in de praktijk? ……15
4.1 Introductie ……15
4.2 Methodologie ……15
4.3 Resultaten ……16

5. Wat zijn de bevindingen van de patiënt ……19
5.1 Introductie ……19
5.2 Methodologie ……19
5.3 Resultaten ……19

6. Bespreking resultaten en afwijkingen tov consensus……21

7. Consensus ……24

8. Patiëntenfolder ……26

9. Conclusie ……28

10. Referenties ……29

11. Bijlagen ……31

1. Inleiding

Het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) is een vaak voorkomende functionele aandoening in de huisartsenpraktijk. De prevalentie in de algemene bevolking varieert van vijf tot twintig percent [1-2-3] en het komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen [1-3].
Het fysiopathologisch mechanisme voor het ontstaan van IBS is nog onvoldoende bekend.

Het syndroom wordt gedefinieerd volgens de Rome II-criteria [3] als minstens twaalf weken van buikpijn of ongemak in de voorgaande twaalf maanden, met minstens twee van de volgende eigenschappen: vermindering van de symptomen na defaecatie, aanvang van de symptomen gerelateerd aan verandering in de frequentie van de ontlasting en aanvang van de symptomen gerelateerd aan verandering in de consistentie van de ontlasting.

Hoewel er rond het prikkelbaredarmsyndroom meerdere richtlijnen zijn opgesteld, blijken deze in onze praktijk weinig gekend te zijn. De artsen ondervinden besliskundige moeilijkheden gezien de diagnosestelling verloopt via onzekerheid en onduidelijkheid over het al of niet aanvragen van verdere onderzoeken. De behandeling is vaak moeilijk en weinig effectief, wat twijfels bij de arts maar ook angst bij de patiënt teweeg kan brengen.
Door na te gaan hoe we de richtlijnen kunnen implementeren in de praktijk, kunnen we onze aanpak van het prikkelbaredarmsyndroom optimaliseren.

De bedoeling van dit project is dan ook een antwoord te vinden op onze onderzoeksvraag:
Hoe kunnen we de aanpak van het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) in onze praktijk optimaliseren?

De volgende deelvragen zullen hiervoor beantwoord worden.

- Hoe verliep deze aanpak tot op heden in onze praktijk?
- In hoeverre verschilt deze van de aanbevelingen in literatuur?
- Welke drempels ervaren de artsen in dit proces?
- Hoe ervaren de patiënten de communicatie hier rond?
- Hoe kunnen we onze praktijkvoering kwalitatief verbeteren?

2. Leeswijzer

Aangezien het om een kwaliteitsverbeterend project voor onze praktijk gaat, hebben we er voor gekozen om volgens de vijf stappen voor de realisatie van een praktijkconsensus [4] te werken:

1. Voorbereiding - inlichten van collega's over het project

Bij het zoeken naar een onderwerp voor mijn thesis ben ik eerst gaan kijken waar ik zelf beleidsproblemen ondervond, wat me bij de aanpak van IBS bracht. Bij het navragen wat mijn collega's van dit onderwerp vonden, bleek al gauw dat er hierover een algemene onzekerheid heerst wat het een ideaal thema maakt.

2. Onderwerp aflijnen - literatuurstudie

Om tot een goede consensus te komen rond het beleid van IBS werden er vijf klinische vragen opgesteld:

a. Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten in de anamnese bij IBS?
b. Wat zijn de belangrijke aandachtspunten bij het klinisch onderzoek bij IBS?
c. Welke bijkomstige onderzoeken worden aangeraden bij IBS?
d. Welk niet-medicamenteus beleid wordt aangeraden voor IBS?
e. Welk medicamenteus beleid wordt aangeraden voor IBS?

Een literatuurstudie wordt doorgevoerd waarbij de verschillende richtlijnen bestudeerd worden.

3. Beschrijf hoe er nu gehandeld wordt in de praktijk en wat de bevindingen zijn van de patiënt

In het retrospectief gedeelte wordt informatie verzameld uit de elektronisch medische dossiers van de patiënten binnen de doelgroep.
In het prospectieve gedeelte wordt er gevraagd naar de mening van de patiënten over het afgelegde proces aan de hand van een schriftelijke vragenlijst.
Tenslotte worden ook de artsen van de praktijk geïnterviewd om na te gaan welke problemen zij ondervinden in het beleid van bij IBS.

4. Lees de richtlijnen en noteer de afwijkingen op de richtlijn

De uitkomst van de literatuurstudie wordt vergeleken met de huidige aanpak in de praktijk, waarbij er kritisch gekeken wordt naar de verschillen zodat er duidelijke werkpunten opgesteld kunnen worden.

5. Maak een consensus en rapporteer

Uiteindelijk wordt al de bekomen informatie gebundeld in een praktijkconsensus, die in de vorm van een flowchart gerapporteerd wordt aan de collega's in de praktijk.

3. Literatuurstudie

3.1 Introductie

Om een wetenschappelijk onderbouwde consensus op te kunnen stellen, is het belangrijk eerst een grondige literatuurstudie door te voeren. Dit geeft ons de mogelijkheid het aanbevolen beleid vanuit de literatuur nadien te vergelijken met de huidige aanpak in de praktijk.

Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de belangrijke aandachtspunten in de anamnese bij IBS?
2. Wat zijn de belangrijke aandachtspunten bij het klinisch onderzoek bij IBS?
3. Welke bijkomstige onderzoeken worden aangeraden bij IBS?
4. Welk niet-medicamenteus beleid wordt aangeraden voor IBS?
5. Welk medicamenteus beleid wordt aangeraden voor IBS?

3.2 Methodologie

Om een beantwoordbare vraag te krijgen, zijn deze laatste drie vragen omgezet in een PICO-vraag:

Welke bijkomstige onderzoeken worden aangeraden?

***P**atient*
man of vrouw, leeftijd van 18-50j, met buikpijn die volgens arts te wijten is aan IBS
***I**ntervention*
bloedname
***C**omparison*
coloscopie/stoelgangonderzoek/RX/echografie/geen onderzoek
***O**utcome*
al dan niet een andere oorzaak vinden voor buikpijn en zo de diagnose kunnen stellen

Welk niet-medicamenteus beleid wordt aangeraden?

***P**atient*
man of vrouw, leeftijd van 18-50j, met buikpijn die volgens arts te wijten is aan IBS
***I**ntervention*
dieetmaatregelen
***C**omparison*
psychologische begeleiding/adviezen ivm levenswijze/geen behandeling
***O**utcome*
minder buikpijn

Welk medicamenteus beleid wordt aangeraden?

***P**atient*
man of vrouw, leeftijd van 18-50j, met buikpijn die volgens arts te wijten is aan IBS
***I**ntervention*
spasmolytica
***C**omparison*
laxativa/antidepressiva/geen behandeling
***O**utcome*
minder buikpijn

Inclusiecriteria:

- Aanbevelingen gepubliceerd laatste 10 jaar, aangevuld met systematische reviews en randomized controlled trials gepubliceerd op recentere datum dan de aanbeveling
- Nederlandstalige en Engelstalige literatuur

Exclusiecriteria:

- Aanbevelingen ouder dan 10 jaar
- Casestudies
- Literatuur over kinderen en jongeren (<18 jaar)
- Studies uit continenten met een andere cultuur
- Anderstalige literatuur dan Nederlands en Engels

Een zoektocht op **National Guideline Clearinghouse** (NGC) met zoekterm 'irritable bowel syndrome' leverde 35 resultaten waarvan er 3 antwoord gaven op de gestelde klinische vragen. Dezelfde zoekterm werd gebruikt in een zoekopdracht op de **Guidelines International Network** (GIN) en leverde 7 items op, waarvan er 5 relevant waren voor het onderzoek. Echter 4 van deze 5 artikels overlapten met de reeds gevonden richtlijnen via het NGC.
Clinical Evidence gaf voor de term 'irritable bowel syndrome' 25 hits, waarvan 1 recente systematische review bruikbaar voor het onderzoek. Via **Minerva** vonden we met dezelfde zoektermen 7 artikels, waarbij 2 besprekingen van een systematische review werd weerhouden. De **Cochrane collaboration** leverde ook 1 recente systematische review.
Een gerichte zoektocht via **pubmed** naar diagnostische criteria via de MESH-term ("Physical Examination"[Mesh] OR "Digital Rectal Examination"[Mesh] OR "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]) AND "Irritable Bowel Syndrome"[Majr] leverde 8 items op, waarvan 1 systematische review bruikbaar voor het onderzoek.
Een aanvullende zoektocht naar recente systematische reviews en gerandomiseerde gecontroleerde trials in de Pubmed database met zoektermen 'irritable bowel syndrome', gelimiteerd tot artikels met links to free full text, Randomized Controlled Trial/Review, English/Dutch, Young Adult: 19-24 years/Adult: 19-44 years, published in the last 2 years. Dit leverde 15 artikels op waarvan 1 systematische review en 3 gerandomiseerde gecontroleerde trials bruikbaar voor het onderzoek.
Er werden dus 4 richtlijnen, 6 systematische reviews en 3 gerandomiseerde gecontroleerde trials als referentie voor deze onderzoeksvraag gevonden.

3.3 Resultaten

Voor een duidelijk overzicht werden de uitkomsten van de richtlijnen in een tabel gezet. Deze omvat de NICE-guideline [3], de WGO-guideline [5], een Amerikaanse guideline [6] die zich voornamelijk toespitst op het gebruik van antidepressiva en psychotherapie en de Nederlandse MDR [1] (multidisciplinaire richtlijn, ter vervanging van de NHG-standaard).

Een uitgebreide bespreking kan men in bijlage vinden (bijlage 1).

	NICE [3]	**WGO** [5]
Anamnese	ROME II-criteria Alarmsignalen: onverklaarbaar gewichtsverlies, rood bloedverlies, familiaal voorkomen van darm- of ovariumkanker of veranderd stoelgangpatroon langer dan 6 weken bij een persoon >60j	ROME III-criteria Alarmsignalen: > 50j, recent opkomen van klachten, onverwacht gewichtverlies, nachtelijke klachten, familiale voorgeschiedenis van coloncarcinoom/coeliakie/inflammatoire darmziekten, rectaal bloedverlies, koorts, recent antibiotica gebruik Verbanden navragen ivm voeding, medicatie, tropische reizen en psychologische toestand
Klinisch onderzoek	Abdominaal onderzoek, inclusief digitaal rectaal onderzoek, gynaecologisch onderzoek bij verdenking op ovariumcarcinoom Alarmsignalen: anemie, abdominale massa, rectale massa	Abdominaal onderzoek, inclusief digitaal rectaal onderzoek Alarmsignalen: anemie, rectaal bloedverlies, abdominale/rectale massa en koorts
Aanvullend onderzoek	Bloedname: algemeen bloedbeeld, sedimentatie, CRP en antilichamen voor coeliakie (EMA of TTG) Verwijzing bij aanwezigheid alarmsignalen	Geen aanvullend onderzoek, tenzij bij aanwezigheid alarmsignalen
Niet-medicamenteus beleid	Algemeen levensstijl advies, sport, dieet (vezelinname aanpassen, afraden niet-oplosbare vezels) Eliminatiediëten voorbehouden voor ernstige IBS en enkel onder toezicht van een diëtiste Psychologische begeleiding zo geen effect medicatie na 12 maanden	Bespreken impact van de aandoening Aanpakken stressfactoren Fysieke activiteit Dieet (vezelrijk, regelmatige tijdstippen en voldoende vochtinname)
Medicamenteus beleid	Symptomatisch behandelen: antispasmodica, probiotica, laxativa (lactulose afgeraden), loperamide Zo geen effect tricyclische antidepressiva, SSRI's bij geen effect TCA's	Symptomatisch behandelen: paracetamol, probioticum Bifidobacterium infantis, spasmolytica, TCA's en SSRI's, laxativa, lubiprostone, loperamide, alosetron, rifaximin

	The efficacy of antidepressants and various psychotherapies as adjunctive treatments for IBS [6]	**MDR** [1]
Anamnese	ROME II-criteria Alarmsignalen: terugkerende koorts, gewichtsverlies, bloed in stoelgang en chronische ernstige diarree Familiale voorgeschiedenis van coloncarcinoom, IBD en coeliakie Psychosociale, psychologische en sociale anamnese	ROME III-criteria Alarmsignalen: rectaal bloedverlies, verandering in de stoelgang naar een dunnere consistentie en/of meer frequente ontlasting (3 maal of vaker per dag) of diarree gedurende meer dan 2 weken, onbedoeld en onverklaard gewichtsverlies, leeftijd > 50 jaar, een eerstegraadsfamilielid met een inflammatoire darmziekte (inflammatory bowel disease (IBD)), coeliakie, colorectaal-, ovarium- of endometriumcarcinoom < 70 jaar
Klinisch onderzoek	Abdominaal onderzoek, inclusief rectaal digitaal en gynaecologisch onderzoek Vitale parameters (Alarmsignalen niet vermeld)	Abdominaal onderzoek, bij alarmsignaal of risicofactor rectaal digitaal en/of gynaecologisch onderzoek Alarmsignalen: peri-anale afwijkingen; abnormale weerstand in abdomen, rectum of bekken
Aanvullend onderzoek	Aanvullend onderzoek bij afwijkingen bij klinisch onderzoek (specificeert verder niet)	Bloedname voor coeliakie bij diarree als hoofdklacht en eerstegraads familielid met coeliakie Onderzoek op parasieten bij diarree langer dan 14 dagen Verwijzing bij aanwezigheid alarmsignaal
Niet-medicamenteus beleid	Hypnotherapie of cognitieve gedragstherapie, als adjuvante therapie zo onvoldoende effect medicatie	Aanpakken stressfactoren Eetpatroon en voeding (vezelrijk) Eliminatiediëten ontraden, eventueel zo nodig verwijzing een diëtiste Lichaamsbeweging Zo nodig cognitieve gedragstherapie
Medicamenteus beleid	Antidepressiva indien geen effect andere aanbevolen behandelingen (anticholinergica, antidiarreemiddelen, 5-HT3, 5-HT4 en andere zoals antibiotica, probiotica) Voorkeur voor TCA's (tweede groep) boven SSRI's	Symptomatisch behandelen: bulkvormers, pijnstillers (paracetamol of NSAID), spasmolyticum (mebeverine of butylscopolamine), laxativa (lactulose afgeraden), loperamide Indien onvoldoende effect: antidepressivum (SSRI of TCA)

3.4 Bespreking resultaten

Anamnese
Alle richtlijnen gebruiken de Rome-criteria als diagnostische criteria, waarbij de NICE-guideline [3] en de Amerikaanse guideline [6] zich baseren op de Rome II-criteria terwijl de WGO-guideline [5] en de Nederlandse MDR [1] uitgaan van de Rome III-criteria.

Zowel in de argumentatie van de richtlijnen zelf als in de algemene literatuur is er onduidelijkheid omtrent het gebruik van diagnostische criteria in de diagnose van IBS. De oorspronkelijke Manning criteria (1978) en de Kruis criteria (1984) zijn eerder uit gebruik geraakt sinds het opstellen van de specifiekere Rome criteria. De Nederlandse MDRD [1] maakt een mooie analyse waarbij ze stellen dat het diagnostisch onderscheidend vermogen van de verschillende scoringssystemen onderzocht werd, maar niet erg groot blijkt te zijn en onderling ook niet zo erg zou verschillen. De Rome-criteria zijn tot op heden echter het meest uitgebreid onderzocht.

***Rome I criteria* (1992)**

At least 3 months of continous or recurrent symptoms:
1. Abdominal pain or discomfort that is:
Relieved with defecation
And/or
Associated with a change in frequency of stool
And/or
Associated with a change in consistency of stool
Plus
2. Two or more of the following, on at least one-fourth of occasions or days:
Altered stool frequency (for research purposes, "altered" may be defined as more than three bowel movements each day or fewer than three bowel movements each week)
Altered stool form (lumpy and hard, or loose and watery)
Altered stool passage (straining, urgency, or a feeling of incomplete evacuation)
Passage of mucus
Bloating or feeling of abdominal distention

***Rome II criteria* (1999)**

At least 12 weeks of abdominal discomfort or pain, which need not be consecutive, in the preceding 12 months that has 2 of 3 features:
1. Relieved with defecation.
2. Onset associated with a change in frequency of stool.
3. Onset associated with a change in form (appearance) of stool.

***Rome III criteria* (2006)**

Recurrent abdominal pain or discomfort, 3 days per month in the last 3 months, associated with two or more of the following:
1. Improvement with defecation; and/or
2. Onset associated with a change in frequency of stool; and/or
3. Associated with a change in form (appearance) of stool.
Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset 6 months prior to diagnosis.

Een Amerikaanse systematische review [15] van Whitehead en Drossman bestudeert de evidentie van de validiteit van diagnostische criteria op basis van symptomen zoals Manning, Rome I, Rome II en Rome III. Hierbij vermelden ze twee meta-analyses (Ford *et al*. [7] en Jellema *et al.* [16]) die beiden goed zijn uitgevoerd.

Jellema *et al.* [16] vermeldt een mediaan voor de sensitivitieit van 0.67 voor Manning, 0.72 voor Rome I en 0.69 voor Rome II. De mediaan voor de specificiteit is 0.69 voor Manning, 0.70 voor de Rome I en 0.66 voor Rome II.
Ford *et al*. [7] vermeldt voor Manning een sensitiviteit van 0.78 en een specificiteit van 0.72. Voor de Rome I geven ze een specificiteit van 0.85 en een sensitiviteit van 0.71 op. Voor de Rome II vonden ze geen artikels die voldeden aan hun inclusiecriteria dus werd hierover geen besluit getrokken.
We kunnen stellen dat deze twee reviews gelijke waarden concluderen en geen significant verschil aantonen tussen de Manning, Rome I- en Rome II- criteria. Betreffende de Rome III-criteria zeggen ze dat er nog verder onderzoek dient te gebeuren naar de validiteit om hierover een besluit te kunnen trekken.
Na deze overwegingen, besluiten we de meest recente gevalideerde versie, namelijk de Rome II als diagnostische criteria op te nemen in onze consensus.

Naast deze hoofdklachten wordt de diagnose IBS vaak ondersteund door aanvullende symptomen zoals winderigheid of dyspepsie, een onregelmatig ontlastingspatroon, meer klachten na eten, slijm bij de ontlasting.

Behalve de diagnostische criteria definiëren alle richtlijnen alarmsymptomen en risicofactoren, die globaal overeenstemmen, namelijk:

- rood bloedverlies
- onverklaarbaar gewichtsverlies
- koorts
- leeftijd > 50j bij begin symptomen
- familiaal voorkomen van darm- of ovariumkanker/coeliakie/inflammatoir darmlijden

Het bevragen van deze alarmsymptomen, die op een organische aandoening kunnen wijzen, verhogen de accuraatheid bij het onderscheid tussen mensen met een hogere kans op een structurele aandoening in vergelijking met symptomen alleen.
Whitehead en Drossman [15] stellen dat er in bepaalde studies door het uitsluiten van patiënten met alarmsymptomen de specificiteit van de Rome I zelfs opliep tot 100%, terwijl de sensitiviteit 65% bleef. Bij Jellema *et al.* [16] gaf dit een mediaan specificiteit van 0.92 en sensitiviteit van 0.67, bij Ford *et al*. [7] een mediaan specificiteit van 0.87 en sensitiviteit van 0.84.

Tenslotte adviseren alle richtlijnen navraag te doen naar mogelijke verband met voeding, medicatie, tropische reizen en psychosociale toestand.

Klinisch onderzoek
Alle richtlijnen stellen dat het klinisch onderzoek belangrijk is gezien het mogelijks onderliggende organische oorzaken aan het licht kan brengen. Indien er geen afwijkingen worden gevonden, past dit bij de diagnose van IBS. Bijna allen adviseren dat het abdominaal onderzoek bestaat uit inspectie, auscultatie, palpatie én digitaal rectaal onderzoek. De Nederlandse MDR [1] stelt enkel een rectaal toucher en/of vaginaal toucher uit te voeren bij aanwezigheid van een niet-pluissymptoom of een risicofactor. De Amerikaanse richtlijn [6] adviseert standaard ook een gynaecologisch onderzoek uit te voeren.

Hier vinden we een discrepantie tussen de verschillende richtlijnen die in de praktijk niet onbelangrijk is. Patiënten laten een rectaal en/of vaginaal toucher liever niet uitvoeren indien dit niet nodig is. De Nederlandse MDR [1] argumenteert zijn advies door te stellen dar er bij een systematische

review van de accuratesse van diagnostische IBS-criteria hierover geen bruikbaar onderzoek werd gevonden. Zij adviseren enkel een rectaal en/of vaginaal toucher als de anamnese of de leeftijd van de patiënt daar aanleiding toe geeft. Gezien de andere richtlijnen geen evidentie geven rond het standaard uitvoeren van dit rectaal en/of vaginaal toucher, lijkt het ons aangewezen dit ook niet standaard door te voeren in de huisartsenpraktijk, maar de noodzaak te laten afhangen van de bekomen informatie via een grondige anamnese.
Alle richtlijnen benadrukken het belang van het opsporen van alarmsignalen bij het klinisch onderzoek zoals koorts, aanwijzingen voor anemie, abdominale/rectale massa's, rectaal bloedverlies.

Aanvullend onderzoek
Hierrond zijn er verschillende strekkingen. De WGO-guideline [5] en de Amerikaanse richtlijn [6] stellen dat er geen verder onderzoek nodig is indien er voldaan wordt aan de criteria en er geen alarmsignalen aanwezig zijn. Indien er wel alarmsignalen aanwezig zijn, dienen er vanzelfsprekend aanvullende testen te gebeuren om andere diagnoses uit te sluiten. Geen van beiden maakt vermelding van wetenschappelijke onderbouwing hieromtrent.
De NICE-guideline [3] daarentegen adviseert standaard een bloedname waarbij men een algemeen bloedbeeld, sedimentatie, CRP en antilichamen (EMA of TTG) voor coeliakie (gezien bewezen hogere incidentie bij voldoen aan diagnostische criteria) bepaalt ter exclusie van andere diagnoses, ook bij afwezigheid van alarmsignalen.
Als coeliakietesten stellen ze de endomysium antilichamen (EMA) en de anti-tissue transglutaminase antilichamen (TTG) voor met elk een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 97% (Immunoglobuline (IgA) antigliadine AL hebben een sensitiviteit van 95% en specificiteit van 89%). Ze vermelden geen voorkeur. Een positief resultaat dient bevestigd te worden door een duodenale biopsie.
In de toelichting van deze aanbeveling stellen ze in de literatuur onvoldoende bewijs gevonden te hebben voor het nut van routine bloedname (met bloedbeeld, sedimentatie en CRP), maar zijn ze van mening dat deze goedkope laboratoriumtesten toch belangrijk zijn in de differentiaal diagnose en vermoeden ze niet dat deze testen een significante verhoging zullen betekenen voor de gezondheidszorg.
De Nederlandse MDR [1] adviseert enkel aanvullend onderzoek naar coeliakie (antistoffen IgA tTGA en IgA EMA) te doen bij patiënten die voldoen aan de criteria (Rome III) met diarree als hoofdklacht, alsmede bij patiënten met een eerstegraadsfamilielid met coeliakie, vanwege de verhoogde prevalentie van coeliakie onder patiënten met IBS.
Daarnaast stellen ze conform de NHG-Standaard 'Acute diarree' ook onderzoek op parasieten uit te voeren bij patiënten met langer dan 14 dagen bestaande diarree.
Bij aanwezigheid van één of meer niet-pluissymptomen of risicofactoren stellen ze dat dit een reden is om te verwijzen naar de tweede lijn voor aanvullende diagnostiek, eventueel voorafgegaan door laboratoriumdiagnostiek (bloedbeeld inclusief MCV, CRP of BSE).
Bij patiënten die voldoen aan de criteria voor IBS zonder niet-pluissymptomen en risicofactoren is aanvullend onderzoek niet zinvol. Voor dit gedeelte van de aanbeveling baseren ze zich op de reeds hoger vermelde literatuurstudie van de NICE-guideline [3] die stelt dat patiënten die voldoen aan de criteria voor IBS,een vergelijkbare(en dus geen verhoogde) kans op andere(gastro-intestinale) aandoeningen (behalve op coeliakie) hebben als de algemene bevolking.

Na overweging van de verschillende aanbevelingen hebben we beslist de NICE-guideline [3] te volgen. Hoewel het nut van een standaard bloedname bij diagnosestelling niet wetenschappelijk bewezen is, sluiten we ons aan bij de redenering van de auteurs dat hiermee andere onderliggende pathologieën opgespoord kunnen worden, zonder significante financiële gevolgen.
De bovenvermelde Amerikaanse systematische review [15] stelt ook dat de specificiteit van

diagnostische criteria op basis van symptomen verhoogd wordt door deze te combineren met goedkope labotesten, voornamelijk bij screening op inflammatie.

Daarnaast kan men ook stellen dat een standaard bloedname naast een uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek een signaal geeft naar de patiënt dat zijn klacht ernstig wordt genomen. Bij afwezigheid van afwijkingen geeft dit in de communicatie naar de patiënt een extra tool ter geruststelling.

In Belgische labo's test men momenteel nog de anti-tissue transglutaminase antilichamen en de endomysium antilichamen, waarbij de bepaling van endomysium antilichamen enkel terugbetaald worden voor kinderen indien er maximum twee screeningstesten worden aangevraagd. Voor volwassenen worden zowel de IgA als de IgG anti-tissue transglutaminase antilichamen volledig terugbetaald. De ratio hierachter is dat bij een algemene IgA-deficiëntie de IgA-TTG niet bruikbaar is ter uitsluiting van coeliakie daar deze steeds negatief zullen, zelfs bij onderliggende coeliakie.

Niet-medicamenteuze behandeling

De verschillende wetenschappelijke bronnen nemen hierover globaal gezien hetzelfde standpunt in. Hoewel er geen echte studies zijn die het effect op IBS ervan aantonen, adviseren ze allen een regelmatig en evenwichtig eetpatroon. Een extra vezelrijk dieet hoeft niet te worden geadviseerd, omdat het nuttig effect daarvan op buikpijnklachten onvoldoende is aangetoond. De inname van niet-oplosbare vezels dient afgeraden te worden. Hoewel eliminatiediëten afgeraden worden (of enkel onder strikte opvolging van een diëtiste), is het wel belangrijk het huidig eetpatroon na te gaan en bij te sturen zo nodig.
Hetzelfde geldt voor beweging/sport. Terwijl er geen onderzoek gedaan is naar het effect van lichaamsbeweging op pijn bij mensen met IBS, raadt men toch regelmatige beweging aan, bijvoorbeeld een half uur beweging per dag, gedurende minimaal vijf dagen per week.
Er is slechts beperkt bewijs van beperkte kwaliteit voor de effectiviteit van psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en hypnotherapie. Daarom wordt het globaal aanbevolen als adjuvante therapie indien de andere behandelingsopties geen tot weinig effect hebben.

Medicamenteuze behandeling

Zoals blijkt is er reeds veel onderzoek gedaan naar verschillende medicamenteuze behandelingen. Tot op heden werd er echter nog geen duidelijk superieure behandeling gevonden, waardoor de guidelines een symptoomgericht beleid voorstellen, dat voor elke patiënt individueel opgesteld dient te worden, weliswaar naast dieet en levensstijlmaatregelen.
In geval van pijn als belangrijkste symptoom worden spasmolytica als eerstekeuze behandeling voorgesteld. De NICE-guideline [3] stelt het gebruik van spasmolytica voor, maar doet wegens beperkte bewijskracht geen uitspraak over de verschillen in de producten onderling. Ook de WGO-guideline [5] beveelt spasmolytica aan, maar stelt dat het aanbod aan producten zeer verschillend is afhankelijk van het land en specificeert dus ook niet verder. De Nederlandse MDR [1] adviseert ook het gebruik van spasmolytica bij pijnklachten en stelt de keuze tussen mebeverine (niet bewezen werkzaam, weinig bijwerkingen) en butylscopolamine (beperkt bewijs voor werkzaamheid, meer bijwerkingen). De review van de clinical evidence [8] besluit dat de spasmolytica otilonium, cimetropium, hyoscine, pinaverium en dicycloverine effectiever zijn dan placebo naar klachten van buikpijn bij IBS. Over andere spasmolytica nl. trimebutine, mebeverine, pirenzipine, prifinium, propinox, rociverine en alverine vonden ze echter onvoldoende bewijs. De cochrane review [12] en de Minerva bespreking [10] komen tot hetzelfde besluit, nl. dat cimetropium/dicyclomine, pepermuntolie, pinaveriumbromide en trimebutine een significant bewezen effect hebben.
Naast het probleem van de beperkte bewijskracht rond het effect van de spasmolytica, heerst er ook

het probleem dat de producten die een minimaal bewezen effect hebben vaak niet verkrijgbaar zijn in België. Samengevat kunnen we stellen dat er in België een keuze gemaakt moet worden tussen mebeverine (niet bewezen werkzaam, weinig bijwerkingen) en butylscopolamine, otilonium of pepermuntolie (beperkt bewijs voor werkzaamheid, meer bijwerkingen).
De Nederlandse MDR [1] stelt dat ook paracetamol en NSAID's ingezet kunnen worden bij pijnklachten. Gezien de effectiviteit ervan voor IBS-klachten niet onderzocht is, nemen we dit advies echter niet mee naar onze praktijkconsensus.
Indien de pijnklachten persisteren worden antidepressiva voorgesteld als tweedekeuze behandeling gezien het degelijk bewijs voor het effect bij IBS patiënten, waarbij er een lichte voorkeur is voor TCA boven SSRI's gezien hun betere tolerantie (cfr NICE [3] en Amerikaanse richtlijn [6]). De keuze dient echter individueel gemaakt te worden op basis van het bijwerkingenprofiel. De aanvangsdosis is laag (5 tot 10 mg equivalent aan amitriptyline, 's avonds in te nemen) en kan verhogen tot maximum 30 mg met regelmatige evaluatie van het nut van de behandeling. SSRI's zijn slechts te overwegen indien tricyclische antidepressiva geen effect hebben.
Er is enig bewijs voor de effectiviteit van probiotica. Dit is echter nog onvoldoende om actief voorschrijven door artsen ervan aan te kunnen bevelen, gezien er onenigheid bestaat over de grootte van het effect, evenals de meest effectieve soort probiotica. Het effect van de probiotica die in België verkrijgbaar zijn (Saccharomyces boulardii en Lactobacillus acidophilus) werden echter niet aangetoond en nemen we daarom niet mee op in onze consensus.
Hoewel er nauwelijks onderzoek werd gedaan naar de behandeling van constipatie specifiek bij IBS-patiënten, raden zowel de NICE-guideline [3], de WGO [5] en de Nederlandse MDR [1] het gebruik van laxeermiddelen aan op geleide van de stoelgangconsistentie. Er wordt geen voorkeursproduct voorgesteld. Het gebruik van lactulose wordt echter afgeraden.
Indien diarree de voorname klacht is, wordt algemeen loperamide aangeraden gezien het aangetoonde effect op de frequentie en de consistentie van de stoelgang. Ook hier wordt gewezen op het belang deze symptomatische behandelingen af te stemmen op het klinisch effect.

Er werd veel onderzoek uitgevoerd naar de rol van andere medicatiegroepen in het beleid van IBS. Deze zijn echter bedoeld voor de tweedelijns aanpak en wordt daarom hier niet verder besproken.

4. Hoe wordt er nu gehandeld in de praktijk?

4.1 Introductie

Om de bekomen aanbevelingen uit de literatuur te kunnen omzetten tot een praktisch hulpmiddel is het belangrijk om uitgebreid na te gaan hoe er nu gehandeld wordt in de praktijk. Door deze twee methodes te vergelijken, komen de zwakke punten aan het licht, waardoor er zeer gericht aan een consensus gebouwd kan worden.
Dit gebeurde op twee manieren: enerzijds werden de collega-artsen geïnterviewd om zo een globaal beeld van hun aanpak rond IBS te kunnen schetsen. Anderzijds werd er specifieke informatie gezocht in patiëntendossiers.

4.2 Methodologie

De vijf artsen van de praktijk werden individueel *geïnterviewd* waarbij de vooropgestelde onderzoeksvragen hen werden voorgelegd. Daarnaast werd hen ook gevraagd hoe de communicatie naar de patiënt verloopt en wat voor hen de struikelblokken zijn in het beleid van IBS.

Daarnaast werd er een *retrospectief onderzoek* uitgevoerd waarbij er informatie werd verzameld uit de elektronisch medische dossiers (EMD). Hierbij werd er gekeken naar de anamnese, klinisch onderzoek, uitgevoerde onderzoeken en voorgestelde behandeling.

Inclusiecriteria:

- mannen en vrouwen
- leeftijdscategorie van 18j tot 50j
- aanmeldingsklacht buikpijn, waarbij arts IBS vermoedt
- ICPC geregistreerde diagnose van IBS (D93)
- GMD (globaal medisch dossier) afgesloten in periode 1/3/2008 tem 28/2/2011
- schriftelijke toestemming geven voor dossierinzage

De bekomen resultaten werden uitgezet in een grafiek om een overzichtelijk geheel te krijgen van de verschillende parameters.

4.3 Resultaten

Interview artsen

Anamnese

Alle artsen alarmsignalen na te vragen en nemen de afwezigheid van deze rode vlaggen in de diagnose van IBS mee. Bloed bij de stoelgang werd door alle artsen als alarmsignaal aangegeven. Daarnaast werden gewichtsverlies, koorts, leeftijd >50j opgesomd als rode vlag door de meeste artsen. Tenslotte werden steatorree, familiaal voorkomen van intoleranties, braken, algemeen ziek zijn en familiale voorgeschiedenis van coloncarcinoom, zij het in mindere mate, als alarmsignaal beschouwd.

Verder vermeldden ze stress, recidiverende klachten, afwisselend stoelgangspatroon en voedingsgerelateerde klachten als belangrijke factoren die vaak terugkomen in de anamnese bij IBS. Ook een opgeblazen gevoel, defaecatiedrang na eten, toegenomen ructus/flatus en een onregelmatige levensstijl komen vaak voor in de anamnese bij IBS-patiënten.

Klinisch onderzoek

Alle artsen vermeldden afwezigheid van afwijkingen typisch voor het klinisch onderzoek bij IBS. Daarnaast wordt er vaak diffuse drukpijn of hypertympanie gevonden. Ook aangeven van pijn rond de navel en hyperperistaltiek werd vermeld te passen in de diagnose van IBS.

Aanvullend onderzoek

Alle artsen gaven aan aanvullend onderzoek te verrichten bij aanwezigheid van alarmsignalen. Eén enkele arts zei dit ook te doen bij een zeer ongeruste patiënt. Welke onderzoeken juist aangevraagd worden, is zeer afhankelijk van de casus in kwestie en er kan door de artsen geen duidelijk lijn geschetst worden. Het meest opgegeven aangevraagde onderzoek blijkt een bloedname te zijn, waarbij echter zelden coeliakietesten aangevraagd worden. Vervolgens verwijst men vaak door met de specifieke vraag voor een coloscopie. Een echografie van de buik en analyse van stoelgangsstalen worden ook regelmatig aangevraagd.

Behandeling

Alle artsen gaven dieetadvies en otiloniom (Spasmomen®) als behandeling op. Vervolgens werden mebeverine, butylhyoscine (Buscopan®) en probiotica regelmatig vermeld. Ook sulpiride en bewegingsadvies werden vernoemd.

Communicatie

De meerderheid geeft een print-out van de dieetadviezen mee. Ook de NHG-patiëntenbrieven worden regelmatig meegegeven. Een folder wordt in mindere mate aangeboden aan de patiënt, net zoals er in mindere mate het advies wordt gegeven op internet naar informatie te zoeken.

Ervaren struikelblokken in beleid

Het grootste struikelblok voor de artsen in onze praktijk in het beleid van IBS blijkt voornamelijk besliskunde te zijn naar het aanvragen van aanvullend onderzoek. Wanneer wel, wanneer afwachten? Indien er toch verder onderzoek geïndiceerd is, vraagt men zich af welke onderzoeken er het meest aanbevolen zijn.
Daarnaast werd ook het gebrek aan een effectieve behandeling en het gebrek aan ziekte-inzicht bij de patiënt als moeilijkheid vermeld.

Retrospectief onderzoek

Het aantal patiënten dat op het moment van de analyse in aanmerking kwam voor retrospectief dossieronderzoek bedroeg 68. Gezien de consultatiegegevens echter enkel gebruikt mogen worden nadat de patiënt hiervoor schriftelijke toestemming voor heeft gegeven, hebben we slechts 30 consultaties kunnen analyseren, waarvan 3 mannen en 27 vrouwen.

Anamnese

	N= 30
buikpijn	30
diarree	15
constipatie	7
alarmsignalen	3
opgeblazen gevoel	13
winderigheid	10
stress	10
misselijkheid	2
geen koorts	6
geen familiale VG	4
geen bloedverlies	4

Klinisch onderzoek

Bij het klinisch onderzoek is drukpijn de meest frequente afwijking (n= 20). Daarna volgen hypertympanie (n= 8), hyperperistaltiek (n= 6) en opgezet colon (n= 3). In vijf dossiers werden geen afwijkingen vermeld.

Aanvullende onderzoeken

Wat betreft technische onderzoeken werd er bij negen patiënten een bloedname uitgevoerd, waarvan dit bij twee patiënten in kader van een andere klacht. De aanvragen omvatten bij zeven patiënten een algemeen bloedbeeld met infectieparameters, bij vijf patiënten levertesten, bij drie patiënten TSH en coeliakietesten (twee keer antigliadine- en een keer transglutaminase-antilichamen), bij twee ferritine en pancreastesten. Vitamine B12, electrolyten en nierfunctie werden eenmaal aangevraagd.
Bij vijf patiënten gebeurde een echo van de buik, bij vier patiënten een stoelgangsonderzoek, bij vier een endoscopie en bij drie een verwijzing naar de specialist.

Behandeling

	N= 30
geen	0
dieet	8
laxativa	2
mebeverine	5
otilonium (=Spasmomen®)	17
butylhyoscine (=Buscopan®)	1
Saccharomyces boulardii (= Enterol®)	1
paroxetine	1
sulpriride	4
psychotherapie	1
prokinetica	2
PPI	1
ranitidine	1

5. Wat zijn de bevindingen van de patiënt?

5.1 Introductie

Om ons beleidsvoorstel zo patiëntgericht mogelijk te maken, is het belangrijk te vragen naar de mening van de patiënt. De perceptie van de patiënt kan de arts helpen in zijn communicatie over de diagnose en het daarbij passende beleid en dient daarom mee opgenomen te worden in het beleidsvoorstel.

5.2 Methodologie

Er werd een prospectief onderzoek uitgevoerd waarbij er informatie werd verzameld uit vragenlijsten (bijlage 1) die door de patiënten werden ingevuld in de periode van juli 2011 tot december 2011. De vragenlijsten werden oorspronkelijk enkel tijdens de consultatie met de patiënt meegegeven samen met een informatieve brief en het informed consent. Gezien er zo onvoldoende patiënten werden gerekruteerd, heeft men nadien patiënten opgebeld en de enquêtes telefonisch afgenomen.

De vragenlijst omvat 11 vragen met als thema's diagnosestelling, behandeling en communicatie.

5.3 Resultaten

Het aantal patiënten dat deelnam aan de enquêtes bedroeg 30, hetzelfde aantal en uiteraard ook dezelfde patiënten wiens dossier we geanalyseerd hebben.

Welke onderzoeken werden bij u uitgevoerd?

	N= 30
anamnese	30
buikonderzoek	29
bloedname	6
stoelgangsstaal	7
echo abdomen	3
coloscopie	6
verwijzing specialist	5

De meeste patiënten (n= 27) vonden dat er net voldoende onderzoeken zijn gebeurd, drie patiënten hadden liever meer onderzoeken laten uitvoeren.

Welke behandeling stelde uw arts voor?

	N= 30
geen	0
dieet	24
laxativa	1
spasmolytica	24
antidepressiva	2
psychotherapie	1
levenswijze	13

De meerderheid van de patiënten (n= 25) was tevreden over de voorgestelde behandeling, vijf patiënten vonden deze niet effectief.

De meeste patiënten (n= 25) hebben nooit andere medicatie gekocht dan degene voorgeschreven door de arts, vijf patiënten deden dit wel. Indien er op eigen initiatief medicatie werd gekocht, was dit voornamelijk (n= 3) op aanraden van de apotheek. In mindere mate op aanraden van vrienden of na opzoekwerk op het internet.
Eén patiënt kocht een laxativum, één een antidepressivum op eigen initiatief. In de andere gevallen gaat het om andere, niet verder gespecificeerde medicatie. De helft van de patiënten beschouwden de zelfmedicatie als effectief.

Hoe werd de diagnose toegelicht?

	N= 30
enkel diagnose	5
uitleg over ontstaan	9
klachten	19
wat ik eraan kan doen	22
medicatie	19
dieetmaatregelen	21
levenswijze aanpakken	18
verdere verloop	4
tijdens meerdere consultaties	6
telefoon	0
print-out dieet	11
folder	6
afbeeldingen	0

Voor de grote meerderheid van de patiënten was deze uitleg duidelijk, voor vier patiënten niet. Twintig patiënten waren gerustgesteld na deze uitleg, tien patiënten niet.

Welke informatie had u graag gekregen?

	N= 30
enkel diagnose	5
uitleg over ontstaan	19
klachten	18
wat ik eraan kan doen	20
medicatie	20
dieetmaatregelen	21
levenswijze aanpassen	20
verdere verloop	20

De grote meerderheid (n= 28) wenst een gesprek met de arts ter verduidelijking van de diagnose. Zo'n 2/3 van de patiënten (n= 19) zou graag een folder en geschreven dieetadviezen ter ondersteuning krijgen. Een derde (n= 11) zou graag een verwijzing naar een betrouwbare website krijgen.

6. Bespreking resultaten en afwijkingen tov consensus

Anamnese
Uit het interview met de artsen concluderen we dat alle artsen het navragen van alarmsignalen en de afwezigheid ervan zeer belangrijk vinden in de anamnese, zoals we ook in onze consensus stellen. Bij navraag wat deze alarmsignalen juist inhouden, merken we echter dat er te beperkt wordt nagevraagd.
Als we gaan kijken in de dossiergegevens merken we dat er slechts in enkele consultaties melding wordt gemaakt van het al dan niet aanwezig zijn van koorts, familiale voorgeschiedenis of rood bloedverlies. Hierbij dienen we echter de bemerking te maken dat er vaak klachten nagevraagd worden tijdens de anamnese zonder dit te noteren in het dossier, vnl indien deze klachten niet aanwezig zijn. Dit resultaat mag dus niet als reëel beschouwd worden. We kunnen echter wel besluiten dat het navragen van alle alarmsignalen een aandachtspunt is.

Hoewel in de interviews gesteld werd dat recidiverende buikklachten typisch zijn voor IBS, was het voor de artsen moeilijk een tijdstermijn als criterium op te stellen. In het medisch dossier wordt weleens geschreven dat de patiënt 'al lang' last heeft van buikklachten. Soms refereert men naar het recidiverende karakter door te schrijven dat de patiënt 'weer' last heeft. Vaak wordt er geen tijdspanne vermeld. Ook hier moeten we rekening houden met het verschil tussen hetgeen gezegd werd en hetgeen werkelijk genoteerd werd. Toch kunnen we stellen dat de termijncriteria belangrijk zijn om een correcte diagnose van IBS te kunnen stellen.

Vervolgens werden er heel wat symptomen opgesomd die de diagnose kunnen ondersteunen, maar niet noodzakelijk aanwezig dienen te zijn.

<u>Leerpunten</u>: alle alarmsignalen en tijdstermijn navragen

Klinisch onderzoek
In de interviews stelden alle artsen dat de afwezigheid van afwijkingen bij klinisch onderzoek typisch zijn voor IBS.
Bij het bekijken van de dossiergegevens merken we dat er nergens melding werd gemaakt van aan- of afwezigheid van alarmsignalen bij het klinisch onderzoek. Hierdoor kunnen we geen besluit trekken rond de al dan niet aanwezige aandacht voor alarmsignalen bij het klinisch onderzoek. Om andere pathologieën uit te sluiten, dient men hier echter uiterst bedacht op te zijn.

Daarnaast vinden we in de consultatiegegevens geen vermelding terug van uitgevoerde rectale en/of vaginale touchers, desondanks er bij enkele patiënten rood bloedverlies bij de stoelgang werd vermeld. Ook hier moeten we bemerken dat deze onderzoeken mogelijks wel zijn uitgevoerd zonder dit te noteren in het dossier. Hoe dan ook wordt in de praktijkconsensus aanbevolen een rectaal/vaginaal touchers te doen als de anamnese of andere bevindingen bij het klinisch onderzoek dit vereisen.

<u>Leerpunten</u>: letten op alarmsignalen, rectaal en/of vaginaal toucher zo nodig

Aanvullend onderzoek
Uit de interviews blijkt dat de artsen geen eenduidig beleid hebben betreffende aanvullend onderzoek.
Uit de dossiergegevens halen we dat er bij ongeveer 1/4 van de patiënten een bloedname werd uitgevoerd in kader van IBS, echter zelden met coeliakietesten.
In onze consensus hebben we standaard een bloedname (inclusief coeliakietesten) opgenomen bij elke patiënt die voldoet aan de diagnostische criteria voor IBS, en dus niet alleen bij de aanwezigheid

van alarmsignalen. Dit voorgesteld beleid verschilt met de huidige aanpak in de praktijk en is dus een belangrijk aandachtspunt.

Uit de interviews met de patiënten blijkt dat patiënten iets minder vaak opgeven dat er een bloedname of echografie is uitgevoerd in vergelijking met de dossiergegevens. Anderzijds geven de patiënten vaker aan dat er een endoscopisch onderzoek, stoelgangsstaal of specialistische verwijzing werd uitgevoerd dan terug te vinden in het dossier. Deze verschillen zijn echter te klein om er een significante conclusie uit te trekken. De patiënten geven wel duidelijk aan dat er voldoende onderzoek werd gedaan. Hoe dan ook is het belangrijk de patiënt mee te betrekken in het diagnostisch beleidsplan, zodat hij begrijpt waarom welke onderzoeken gebeuren. Dit is belangrijk in het begrijpen van de uiteindelijke diagnose en dus ook de voorgestelde behandeling.

Leerpunten: bloedname (inclusief coeliakietesten) bij elke patiënt die voldoet aan de diagnostische criteria

Niet-medicamenteuze behandeling

Dieetadvies wordt als zeer belangrijk aangegeven door de artsen en dit blijkt ook uit de interviews met de patiënten.

Aansporing tot regelmatige beweging en psychotherapie wordt duidelijk minder voorgesteld.

Leerpunten: bewegingsadvies, psychotherapie bij therapieresistente klachten

Medicamenteuze behandeling

Zowel uit de interviews met de artsen, als uit de consultaties, als uit de interviews met de patiënten blijkt er een duidelijke voorschrijfvoorkeur voor otilonium, één van de spasmolytica die we ook in onze praktijkrichtlijn als eerste keuze behandeling bij pijn opgeven.

Indien er gekozen werd voor een andere medicamenteuze behandeling dan spasmolytica, bleek dit beduidend vaker sulpiride, een antipsychoticum dan een antidepressivum te zijn zoals voorgesteld in onze consensus.

Hoewel diarree bij de helft van de patiënten als klacht wordt opgegeven, werd er nooit loperamide aangeraden.

Leerpunten: bij persisterende pijnklachten eventueel antidepressivum opstarten, loperamide zo diarree als hoofdklacht

Communicatie

In de interviews met de artsen zegt de meerderheid vaak dieetadviezen of de NHG-patiëntenbrieven mee te geven, terwijl een folder in mindere mate wordt aangeboden aan de patiënt. De artsen die dit niet doen argumenteren dit door te zeggen dat ze niet juist weten wat er in de folder staat, omdat ze er niet aan denken of uit gemakzucht gezien de folder beneden ligt. Nochtans geeft een ruime meerderheid van de patiënten aan graag een folder/geschreven dieetadviezen te krijgen.

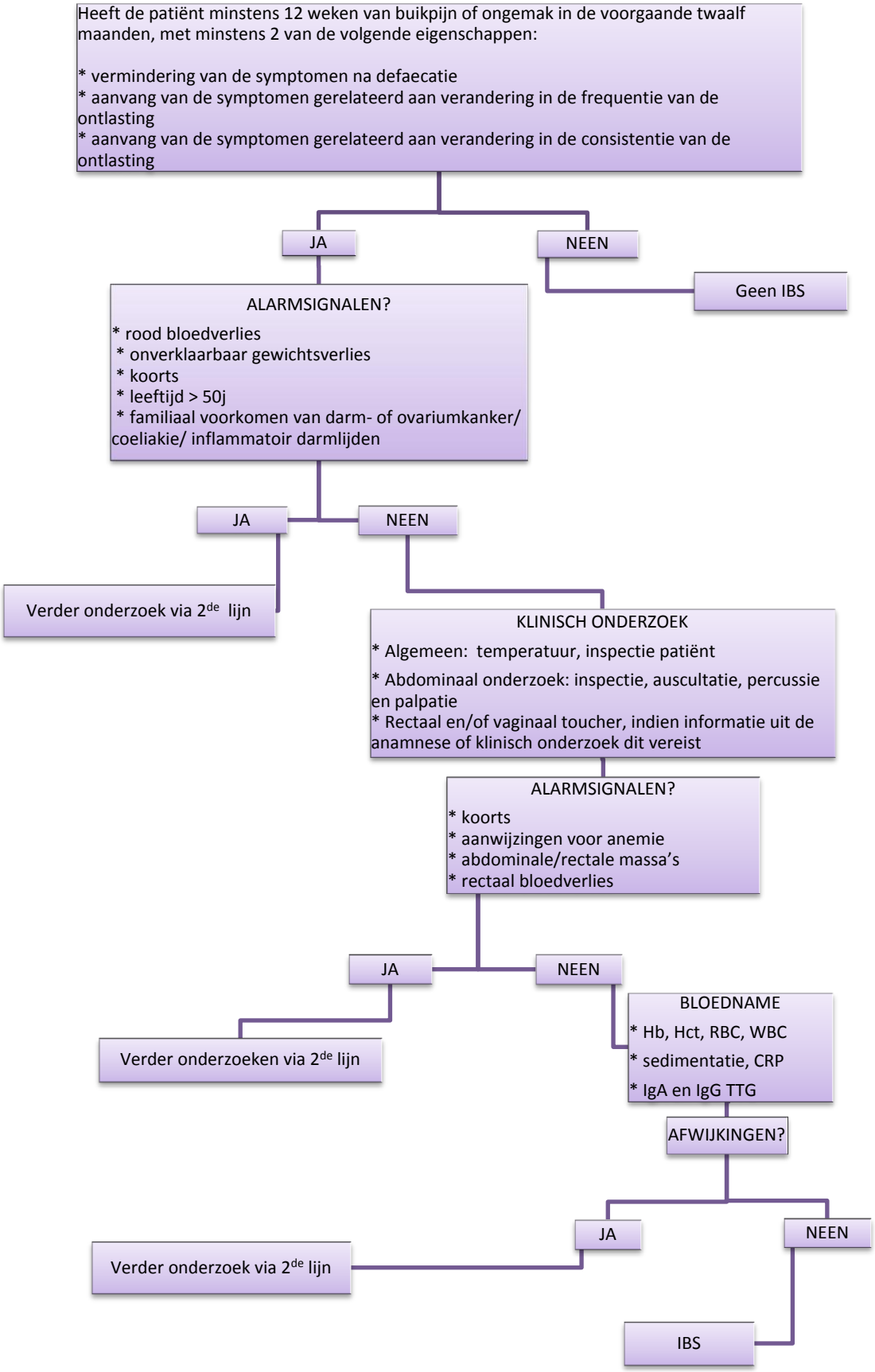
Gezien de folder die momenteel in de praktijk gebruikt wordt, niet echt populair bleek te zijn bij de artsen en daarnaast uitging vanuit een farmaceutisch bedrijf, werd een nieuwe folder (bijlage 3 en 4) gemaakt aan de hand van de NHG-patiëntenbrief 'Prikkelbare darm' [17]. De huidige dieetadviezen werden door de patiënten zeer handig bevonden en werden daarom, desondanks het gebrek aan wetenschappelijk onderbouwing behouden als communicatief hulpmiddel. Er werd wel een nieuwe lay-out doorgevoerd waardoor het geheel overzichtelijker werd (bijlage 5).

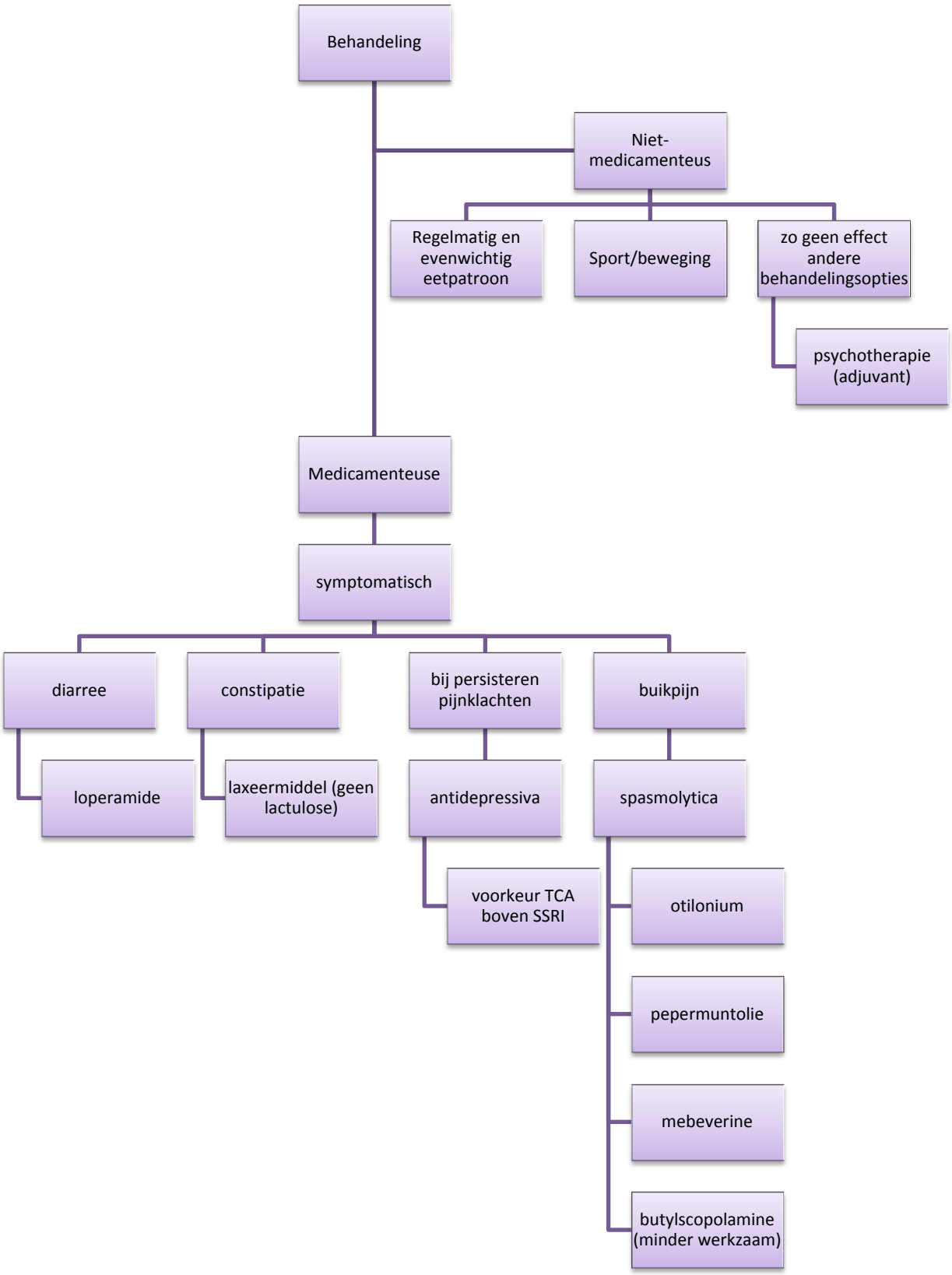
Soms wordt er door de artsen advies gegeven op internet naar informatie te zoeken. Hierbij wordt er echter geen specifieke site opgegeven. De artsen die dit niet doen argumenteren dit door te zeggen dat ze geen site kennen of dat dit te veel tijd in beslag neemt. Gezien 1/3 van de patiënten aangeeft

toch graag een verwijzing naar een betrouwbare site te krijgen, werd in de folder (bijlage 3 en 4) de link vermeld naar de uitgebreide patiëntenversie van de MDR.
Bijna alle patiënten geven aan dat het gesprek met de arts het belangrijkste is. Bij het vergelijken van de onderwerpen die besproken werden tijdens het gesprek met de arts en de onderwerpen waarover de patiënten graag informatie hadden gekregen, kunnen we besluiten dat ze voornamelijk meer info willen over het verdere verloop van de aandoening. Dit is dus een aandachtspunt naar de toekomst. De andere aspecten zoals oorzaak, klachten, medicatie, dieet en levenswijze aanpassen werden voldoende uitgelegd, wat de patiënten ook belangrijk vonden.

<u>Leerpunten</u>: nieuwe folder en dieetadviezen meegeven, in uitleg over diagnose extra aandacht geven aan verdere verloop

7. Consensus


Heeft de patiënt minstens 12 weken van buikpijn of ongemak in de voorgaande twaalf maanden, met minstens 2 van de volgende eigenschappen:
* vermindering van de symptomen na defaecatie
* aanvang van de symptomen gerelateerd aan verandering in de frequentie van de ontlasting
* aanvang van de symptomen gerelateerd aan verandering in de consistentie van de ontlasting
JA
NEEN
Geen IBS
ALARMSIGNALEN?
* rood bloedverlies
* onverklaarbaar gewichtsverlies
* koorts
* leeftijd > 50j
* familiaal voorkomen van darm- of ovariumkanker/ coeliakie/ inflammatoir darmlijden
JA
NEEN
Verder onderzoek via 2de lijn
KLINISCH ONDERZOEK
* Algemeen: temperatuur, inspectie patiënt
* Abdominaal onderzoek: inspectie, auscultatie, percussie en palpatie
* Rectaal en/of vaginaal toucher, indien informatie uit de anamnese of klinisch onderzoek dit vereist
ALARMSIGNALEN?
* koorts
* aanwijzingen voor anemie
* abdominale/rectale massa's
* rectaal bloedverlies
JA
NEEN
Verder onderzoeken via 2de lijn
BLOEDNAME
* Hb, Hct, RBC, WBC
* sedimentatie, CRP
* IgA en IgG TTG
AFWIJKINGEN?
JA
NEEN
Verder onderzoek via 2de lijn
IBS


Behandeling
Niet-medicamenteus
Regelmatig en evenwichtig eetpatroon
Sport/beweging
zo geen effect andere behandelingsopties
psychotherapie (adjuvant)
Medicamenteuse
symptomatisch
diarree
constipatie
bij persisteren pijnklachten
buikpijn
loperamide
laxeermiddel (geen lactulose)
antidepressiva
spasmolytica
voorkeur TCA boven SSRI
otilonium
pepermuntolie
mebeverine
butylscopolamine (minder werkzaam)

8. Patiëntenfolder

Er werd een folder gemaakt die de patiënten informeert over het prikkelbaredarmsyndroom en de aanpak ervan (bijlage 3 en 4) aan de hand van de NHG-patiëntenbrief 'Prikkelbare darm' [17]. Een link naar de uitgebreide patiëntenversie van de MDR werd bijgevoegd.

Om na te gaan of onze folder van voldoende kwaliteit is, werd deze getoetst aan de EQIP-criteria [18] (EQIP : Ensuring Quality Information for Patients). De EQIP-vragenlijst is een instrument om de kwaliteit van voorlichtingsfolders te beoordelen.
Ingevuld voor onze folder ziet deze er als volgt uit:

EQIP	ja	deels	neen	nvt
1. Is er een initiële melding van het onderwerp in de brochure en gaat het ook daarover	X			
2. Is er gebruik van gewone taal en verduidelijking van complexe woorden of jargon ?	X			
3. Zijn de zinnen korter dan 15 woorden gemiddeld ?	X			
4. Is de folder in persoonlijke taal geschreven ? (bv. u, jij, je i.p.v. de patiënt)	X			
5. Is de toon respectvol ?	X			
6, Is het design en lay-out van de folder bevredigend ?	x			
7. Bevat de folder illustraties, grafieken of foto's relevant aan het onderwerp ?		x		
8. Is de informatie in logische volgorde gepresenteerd ?	x			
9. Heeft de brochure een benoemd luikje voor notities van de patient ?			X	
10. Zijn er specifieke contactgegevens van de hulpverlening aangaande het probleem ?			X	
11. Is de uitgegeven datum gekend ?			X	
12. Is de naam van de persoon of instantie die de folder maakte gekend ?	X			
13. Vermeldt de brochure of patiënten betrokken waren bij de productie van de folder ?			X	
14. Worden generische namen van medicatie gebruikt i.p.v. merknamen ?				X
15. Spreekt de folder over 'quality of life' ? (bv schoolverlet of verminderde mobiliteit)	X			
16. Is er informatie over andere hulporganisaties of bijkomende info-bronnen ?	X			
17. Bij behandelingen : is het doel beschreven ?				X
18. Bij behandelingen : zijn de voordelen beschreven ?				X
19. Bij behandelingen : zijn de risico's en neveneffecten beschreven ?				X
20. Worden alternatieven op de behandeling(en) gemeld ?	X			

Deze antwoorden worden omgezet in een berekening die de EQIP-kwaliteitsscore weergeeft. De score wordt als volgt berekend :

$$\frac{[(\text{ja x } 1)+ (\text{Deels x } 0.5)+ (\text{Neen}+0)]}{20-(1 \text{ x niet van toepassing})} \text{ x } 100$$

De EQIP-kwaliteitsscores worden ingedeeld per kwartielen waaraan een werkadvies is gekoppeld vanuit de expertengroep.

Score	Patiëntenfolder	Advies
75 - 100%	Goed geschreven met hoge kwaliteit	Stockeer verder en herbeoordeel binnen 2 à 3 jaar
50 - 75%	Goede kwaliteit met mineure problemen	Stockeer verder en herbeoordeel binnen 1 à 2 jaar
25 - 50%	Majeure problemen met de folder	Herbeoordeel onmiddellijk en vervang binnen 6 maanden
0 - 25%	Zeer grote problemen	Verwijder onmiddellijk uit roulatie

Volgens de berekening heeft onze folder een EQIP-kwaliteitsscore van 72%, wat overeenkomt met een goede kwaliteit met mineure problemen. Dit is een goed resultaat waaruit we kunnen besluiten dat we een goede folder hebben ontworpen en deze dus kunnen gebruiken bij de uitvoering van het project.

9. Conclusie

Bij het vergelijken van de aanbevelingen in de literatuur met de huidige aanpak van IBS in onze praktijk ontdekten we enkele belangrijke knelpunten die we hebben omgevormd tot leerpunten. Deze werden gebundeld in een praktijkconsensus. bundelen
Er werden duidelijke alarmsignalen geformuleerd die nagevraagd dienen te worden in de anamnese, gezien dit tot op heden te beperkt gebeurde. Bovendien werden diagnostische criteria vooropgesteld met een duidelijke tijdstermijn.
Ook bij het klinisch onderzoek werden duidelijk alarmsignalen opgesteld vermits hier voorheen te weinig aandacht aan besteed werd. Er werd gesteld een rectaal en/of vaginaal toucher uit te voeren zo nodig.
Een grote beleidsverandering is het advies van een bloedname, inclusief coeliakietesten, bij elke patiënt die voldoet aan de diagnostische criteria.
De reeds vermelde leerpunten geven een oplossing betreffende het grootste struikelblok voor de artsen in onze praktijk, namelijk onzekerheid in het aanvragen van aanvullend onderzoek. Bij afwezigheid van de geformuleerde alarmsignalen, zonder afwijkingen bij de bloedname, zijn er geen aanvullende onderzoeken nodig. Indien er toch afwijkingen of alarmsignalen zijn, dient men door te verwijzen naar de tweedelijn.
Daarnaast werd het gebrek aan een effectieve behandeling als moeilijk beschouwd door de artsen. Ook hiervoor werden leerpunten opgesteld. In het niet-medicamenteuze beleid dient men meer aandacht te bieden aan bewegingsadvies en te denken aan psychotherapie bij therapieresistente klachten.
In de medicamenteuze aanpak dient men een antidepressivum te overwegen bij persisterende pijnklachten in plaats van bepaalde antipsychotica zoals tot nu toe af en toe gebeurde. Daarnaast kan men loperamide adviseren indien de patiënt diarree als voornamelijk klacht heeft.
Uit de interviews bleek dat patiënten een folder en geschreven dieetadviezen zeer nuttig vinden, terwijl de artsen minder geneigd waren deze mee te geven uit praktische redenen. Daarom werd er een nieuwe folder opgesteld en werd de lay-out van de oude dieetadviezen vernieuwd.
Er werd door de patiënten ook duidelijk aangegeven dat er door de artsen meer uitleg gegeven mag worden over het verdere verloop van de aandoening.

Om de kwaliteit in onze praktijk te verbeteren, hebben we gekozen om deze consensus om te zetten in een flowchart zodat deze duidelijk gecommuniceerd kan worden aan de collega's en ze geïmplementeerd kan worden in onze praktijk. Een uitgebreide toelichting hiervan aan de hand van een PowerPoint-presentatie werd gepland op de praktijk tijdens een overlegmoment waarbij alle collega's aanwezig zijn.
De nieuwe dieetadviezen zullen in het medisch programma gezet worden zodat dit gemakkelijk bereikbaar is. De folders zullen in elke praktijkruimte gelegd worden zodat dit ook geen praktische problemen geeft.

10. Referenties

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M71_svk.htm. Geraadpleegd februari 2011.

2. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Internet site British Medical Journal 2008. Beschikbaar via: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008265. Geraadpleegd februari 2011.

3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. 2008. Beschikbaar via: www.nice.org.uk/nicemdia/pdf/IBSfullGuideline.pdf. Geraadpleegd februari 2011.

4. Seuntjens L. Richtlijnen toepassen in de praktijk. In: Grouwels D, Seuntjens L, Bussche . Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard boekhandel; 2008. p. 113-24.

5. Quigley E, Fried M, Fried KA, Olano C, Guarner F, Khalif I et al. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation Global Guideline: irritable bowel syndrome: a global perspective. Munich: World Gastroenterology Organisation; 2009. p. 20.

6. Bearden C, Byrd M, Sommer M. The efficacy of antidepressants and various psychotherapies as adjunctive treatments for irritable bowel syndrome (IBS). Austin: University of Texas, School of Nursing; 2006. p. 16.

7. Ford AC, Talley NJ, Veldhuyzen van Zanten SJ, Vakil NB, Simel DL, Moayyedi P. Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing this patient's lower gastrointestinal tract symptoms? Journal of the American medical association 2008; 15: 1793-1805.

8. Ford AC, Vandvik PO. Irritable bowel syndrome. Clinical Evidence. 2012. Beschikbaar via: http://clinicalevidence.bmj.com.gateway.iscientia.net/x/systematic-review/0410/credits.html. Geraadpleegd februari 2011.

9. Bouüaert C. Antidepressiva of psychotherapie? Minerva 2010; 9: 6-7

10. Vanwelde A, Chevalier P. Prikkelbaredarmsyndroom: vezels, spasmolytica of antidepressiva? Minerva 2012; 11: 15-16

11. Lackner JM, Gudleski GD, Keefer L, Krasner SS, Powell C, Katz LA. Rapid response to cognitive behavior therapy predicts treatment outcome in patients with irritable bowel syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010; 8: 426-32.

12. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JWM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. The Cochrane Library 2011; 8.

13. Dorofeyev AE, Kiriyan EA, Vasilenko IV, Rassokhina OA, Elin AF. Clinical, endoscopical and morphological efficacy of mesalazine in patients with irritable bowel syndrome. Clin Exp Gastroenterol. 2011; 4: 141-53.

14. Ladabaum U, Sharabidze A, Levin TR, Zhao WK, Chung E, Bacchetti P, Jin C, Grimes B, Pepin CJ. Citalopram provides little or no benefit in nondepressed patients with irritable bowel syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010; 8: 42-48.

15. Whitehead WE, Drossman DA. Validation of symptom-based diagnostic criteria for irritable bowel syndrome: a critical review. Am J Gastroenterol. 2010; 4: 814-820.

16. Jellema P, Van Der Windt DAWM, Schellevis FG, Van der Horst HE. Systematic review: accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2009; 7: 695–706.

17. Prikkelbare darm. NHG-patiëntenbrief. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBD2a.htm. Geraadpleegd maart 2012.

18. Mout B, Franck L, Brady H. Ensuring Quality Information for Patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. Health Expectations 2004; 7: 165-175.

11. Bijlagen

BIJLAGE 1: UITGEBREIDE LITERATUURSTUDIE

Wat zijn de belangrijke aandachtspunten in de anamnese?

De NICE-guideline [3] baseert zich hiervoor op de Rome II-criteria en stelt dat de diagnose van IBS kan worden overwogen bij klachten van abdominale pijn/ongemak, die verbetert na defaecatie of geassocieerd is met veranderde stoelgangfrequentie of -consistentie, gedurende meer dan zes maanden. Deze symptomen dienen gepaard te gaan met twee van de volgende klachten: veranderde stoelgangpassage (persgedrag, urgency, onvolledige lediging), abdominaal opgeblazen gevoel, symptomen worden erger na eten, slijmbijmenging. Klachten zoals lethargie, nausea, rugpijn en blaasproblemen kunnen de diagnose ondersteunen. Bij voorkomen van onverklaarbaar gewichtsverlies, rood bloedverlies, familiaal voorkomen van darm- of ovariumkanker of veranderd stoelgangpatroon langer dan zes weken bij een persoon >60j moet er verwezen worden naar de tweedelijnsgeneeskunde, gezien deze als rode vlaggen worden beschouwd.

De WGO-guideline [5] volgt deze richtlijnen in grote lijnen en hanteert ter diagnosestelling voornamelijk de ROME III-criteria: klachten begonnen zes maanden voor stellen van de diagnose, terugkerende abdominale pijn/ongemak gedurende drie dagen per maand gedurende de laatste drie maanden en twee van de volgende criteria: verbetering na defaecatie, verandering van stoelgangfrequentie/-consistentie. Daarnaast vermelden ze de volgende vaak begeleidende symptomen: opgeblazen gevoel, abnormale stoelgangfrequentie/-consistentie, persdrang bij defaecatie, urgency, gevoel van onvolledige lediging, slijmbijmenging. Deze worden vaak ondersteund door klachten aanwezig meer dan zes maanden, verergering door stress, regelmatige consultaties voor niet-gastro-intestinale klachten, geschiedenis van medisch onverklaarbare klachten, verergering na maaltijd, geassocieerde angst en/of depressie. Klachten zoals dyspepsie, nausea, pyrosis, lethargie, rugpijn, hoofdpijn, blaasklachten, dyspareunie, insomnia en lage tolerantie voor medicatie kunnen de diagnose ondersteunen.
Rode vlaggen zijn: begin van de klachten na 50-jarige leeftijd, recent opkomen van klachten, onverwacht gewichtverlies, nachtelijke klachten, familiale voorgeschiedenis van coloncarcinoom/coeliakie/inflammatoire darmziekten, rectaal bloedverlies, koorts, recent antibiotica gebruik. Verder raden ze aan verbanden na te vragen ivm voeding, medicatie, tropische reizen en psychologische toestand.

Een wat oudere Amerikaanse richtlijn [6] wijst terugkerende koorts, gewichtsverlies, bloed in stoelgang en chronische ernstige diarree aan als alarmsignalen. Ze wijzen op het belang van een familiale voorgeschiedenis met aandacht voor coloncarcinoom, IBD en coeliakie en daarnaast ook een psychosociale, psychologische en sociale anamnese. Zij hanteren de ROME II-criteria als diagnostische criteria: abdominale pijn of ongemak gedurende ten minste twaalf weken in de afgelopen twaalf maanden met twee of drie van de volgende criteria: beter na defaecatie, veranderd stoelgangfrequentie/-consistentie. Abnormale stoelgangfrequentie/-consistentie, abnormale stoelgangpassage, slijmbijmenging en een opgeblazen gevoel kunnen de diagnose ondersteunen.

Gezien de CKS-richtlijn gebaseerd is op de NICE-guideline, stemmen ze volledig overeen waardoor deze richtlijn geen nieuwe inzichten aanbracht.

De NHG had ook een richtlijn ‘prikkelbaredarmsyndroom’, maar gezien deze wordt herzien werd er tijdelijk de MDR [1] (multidisciplinaire richtlijn) ter beschikking gesteld. Hierin wordt als voorwaarde voor klinische diagnose gesteld dat andere aandoeningen redelijkerwijs uitgesloten zijn. Bij vermoeden van coeliakie, een inflammatoire darmziekte of colorectale maligniteit is aanvullend onderzoek daarnaar dus aangewezen, alsook bij oudere patiënten die voor het eerst klachten

hebben. In de specialistische praktijk wordt de diagnose vaak gesteld aan de hand van expert-based diagnostische criteria, zoals de Rome III-criteria:
1. Patiënten moeten recidiverende buikpijn of een ongemakkelijk gevoel in de buik hebben gedurende minstens drie dagen per maand in de afgelopen drie maanden, terwijl de klachten ten minste zes maanden vóór de diagnose zijn begonnen
2. Deze klachten moeten gepaard gaan met ten minste twee van de volgende criteria:
a. De klachten verminderen na de defaecatie.
b. De klachten zijn geassocieerd met een verandering in de frequentie van defaecatie.
c. De klachten zijn geassocieerd met een verandering in de consistentie van de ontlasting.
In de huisartsenpraktijk worden soms minder stringente tijdscriteria gebruikt en spelen vooral de predominante klachten een rol bij het stellen van de diagnose. Dat kan alleen als er geen reden is om aan andere aandoeningen te denken (coeliakie, inflammatoire darmziekte, colorectale maligniteit) en als de patiënt jonger is dan 50 jaar.
Patiënten met IBS hebben vaak ook klachten die niet van de darmen afkomstig zijn, zoals misselijkheid, dyspepsie, moeheid en dysurie.

Een Amerikaanse systematische review [7] bestudeerde de literatuur rond de accuraatheid van individuele symptomen en/of combinaties ervan voor de diagnose van IBS, vergeleken met de resultaten bekomen na verdere technisch onderzoek van de lagere gastro-intestinale tractus. Ze besloten dat individuele symptomen slechts een beperkte waarde heeft. De nauwkeurigheid van de Manning Criteria en Kruis score zijn eerder beperkt. Desondanks het algemeen aanvaarde gebruik van de Rome criteria, is enkel de Rome I-classificatie gevalideerd.

<u>Wat zijn de belangrijke aandachtspunten bij het klinisch onderzoek?</u>
De NICE-guideline [3] stelt dat bij alle patiënten bij wie IBS wordt vermoed, er bij klinisch onderzoek moet gelet worden op mogelijke rode vlag-kenmerken zoals: anemie, abdominale massa, rectale massa. Bij verdenking op ovariumcarcinoom dient men een gynaecologisch onderzoek uit te voeren.

De WGO-guideline [5] benadrukt het belang van een algemeen klinisch onderzoek omdat dit de patiënt gerust stelt maar ook mogelijke organische oorzaken aan het licht kan brengen, zoals een onderliggende systeem ziekten. Het abdominaal klinisch onderzoek bestaat uit inspectie, auscultatie, palpatie en digitaal rectaal onderzoek. Ook hier worden de volgende rode vlag-kenmerken aangehaald: anemie, rectaal bloedverlies, abdominale/rectale massa en koorts.

De Amerikaanse richtlijn [6] beveelt een klinisch onderzoek aan dat vitale parameters en een abdominaal, gynaecologisch en rectaal onderzoek omvat. Indien er geen afwijkingen worden gevonden, past dit bij de diagnose van IBS. Elke abnormaliteit zou kunnen wijzen op een alternatieve diagnose en vraagt dus verder onderzoek.

De Nederlandse MDR [1] stelt algemeen dat het abdominaal onderzoek inspectie, auscultatie en palpatie omvat. Bij aanwezigheid van een niet-pluissymptoom of een risicofactor dient de huisarts ook een rectaal toucher en/of vaginaal toucher uit te voeren.
Daarbij vermelden ze dat bevindingen bij lichamelijk onderzoek geen onderdeel uitmaken van de diagnostische IBS-criteria en dan ook vooral tot doel heeft om een onderliggende organische aandoening meer of minder waarschijnlijk te maken.

<u>Welke bijkomstige onderzoeken worden aangeraden?</u>
De NICE-guideline [3] stelt dat indien er aan de criteria voor IBS is voldaan men best ter exclusie van andere diagnoses een bloedname doet waarbij men een algemeen bloedbeeld, sedimentatie, CRP en antilichamen voor coeliakie bepaalt (EMA of TTG). Daarbij vermelden ze dat echografie, sigmoidoscopie, colonoscopie, bepaling van schildklierhormoon, stoelgangsonderzoek, FOB en de

H2-ademtest niet noodzakelijk zijn om de diagnose te bevestigen.

De WGO-guideline [5] zegt dat er in de meerderheid van de gevallen geen aanvullend onderzoek nodig is en men moet trachten deze dan ook tot een minimum te beperken indien er duidelijk voldaan wordt aan de criteria. Hoewel regelmatig uitgevoerd, wordt stelselmatige bepaling van algemeen bloedbeeld, biochemie, schildkliertesten en stoelgangonderzoek enkel aangeraden indien er hiervoor specifieke aanwijzingen zijn bij de anamnese. Aanvullend onderzoek wordt ook aangeraden bij optreden van rode vlag-kenmerken om andere diagnoses uit te sluiten.

De Amerikaanse richtlijn [6] stelt enkel kort dat er verder onderzoek dient te gebeuren indien er afwijkingen worden gevonden bij het klinisch onderzoek, maar specificeert daarin niet verder.

De Nederlandse MDR [1] zegt dat endoscopisch onderzoek niet zinvol is bij patiënten die voldoen aan de criteria voor IBS zonder niet-pluissymptomen of risicofactoren. Aanvullend onderzoek naar coeliakie dient, vanwege de verhoogde prevalentie van coeliakie onder patiënten met IBS, plaats te vinden bij alle patiënten die voldoen aan de criteria met diarree als hoofdklacht, alsmede bij patiënten met een eerstegraads familielid met coeliakie. Conform de NHG-Standaard 'Acute diarree' dient ook onderzoek op parasieten plaats te vinden bij patiënten met langer dan veertien dagen bestaande diarree. Als de huisarts op grond van de aanwezigheid van één of meer niet-pluissymptomen of risicofactoren de kans op een andere belangrijke somatische aandoening redelijk hoog inschat, is dat een reden om te verwijzen naar de tweede lijn voor aanvullende diagnostiek. Eventueel kan het resultaat van laboratoriumdiagnostiek (bloedbeeld inclusief MCV, CRP of BSE) de keuze om te verwijzen voor aanvullende diagnostiek ondersteunen. Echografie, schildklierfunctie-testen, tests op fecaal occult bloed en tests voor het aantonen van lactose-intolerantie hebben in de eerste lijn geen diagnostische meerwaarde bij het differentiëren tussen PDS en organische aandoeningen.

Welk niet-medicamenteus beleid wordt aangeraden?

De NICE-guideline [3] wijst op het belang van zelfzorg. Hieronder valt algemeen levensstijl advies, sport, dieet en symptoomverlichtende medicatie. Het is belangrijk te kijken naar de vezelinname en deze aan te passen afhankelijk van het effect ervan op de symptomen (meestal verminderen). De inname van niet-oplosbare vezels (zemelen) dient afgeraden te worden. Indien men vezelrijker dient te eten, zijn dit best oplosbare vezels (haver/isphagula). Ze adviseren het eetpatroon van de patiënt na te gaan, wat ze eten maar ook wanneer ze eten. Eliminatiediëten zijn voorbehouden voor ernstige gevallen van IBS en dienen enkel te gebeuren onder toezicht van een diëtiste.
Verwijzing voor psychologische begeleiding (cognitieve gedragstherapie/hypnotherapie/ psychotherapie) dient overwogen te worden bij patiënten met IBS die niet reageren op de medicamenteuze behandeling na twaalf maanden.

De WGO-guideline [5] wijst op het belang van stilstaan bij de impact van de aandoening op de patiënt en het aanpakken van stressfactoren. Daarnaast is het belangrijk te wijzen op fysieke activiteit en dieet wat vezelrijk dient te zijn met regelmatige tijdstippen en voldoende vochtinname, hoewel er geen direct bewijs is dat dit de outcome van IBS zou verbeteren.

De Amerikaanse richtlijn [6] beveelt zowel hypnotherapie als cognitieve gedragstherapie aan als adjuvante therapie voor mensen die niet (voldoende) reageren op medicamenteuze behandeling alleen.

De Nederlandse MDR [1] adviseert aandacht voor overbodige bezorgdheid, streven naar het verminderen van vermijdingsgedrag en naar een gunstige beïnvloeding van bijkomende, stresserende factoren en een optimale rol van de omgeving. Ze vragen ook aandacht voor het eetpatroon, de voeding en lichaamsbeweging. Voor iedereen, ook voor patiënten met IBS, gelden de

algemene richtlijnen gezonde voeding met uitzondering van het advies om ten minste 30 tot 40 gram vezels per dag te gebruiken. Strenge eliminatiediëten worden ontraden gezien dit zou kunnen leiden tot een onvoldoende evenwichtig eetpatroon. Zo nodig, kan hiervoor naar een diëtiste verwezen worden.
De zelfzorg kan ondersteund worden met zelfhulpmethodes, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie.

De Clinical Evidence systematische review [8] concludeerde dat cognitieve gedragstherapie vergeleken met de controle behandeling vermindering van de symptomen brengt op korte termijn. Hetzelfde geldt voor hypnotherapie. Over het gebruik van vezelinname stelde ze dat oplosbare vezels de IBS-symptomen kan verminderen vergeleken met placebo-behandeling, terwijl niet-oplosbare vezels deze symptomen niet vermindert vergeleken met placebo. Er werd echter geen bewijs gevonden dat deze niet-oplosbare vezels de klachten zouden verergeren.

De bespreking van een sytematische review [9] betreffende de plaats van psychotherapie in de behandeling van IBS in Minerva besluit dat het niveau van bewijskracht gering is en de klinische relevantie van een vastgestelde voordeel ter discussie staat, omdat ze over onvoldoende studies van goede kwaliteit beschikken.
Een andere meta-analyse in Minerva [10] toont aan dat er geen bewijs is voor het effect van zwelmiddelen.

Een Amerikaanse gerandomiseerde gecontroleerde studie [11] stelt vast dat een significant aantal IBS-patiënten behandeld met cognitieve gedragstherapie een positieve respons vertonen binnen 4 weken behandeling.

Welk medicamenteus beleid wordt aangeraden?
De NICE-guideline [3] stelt dat men rekening dient te houden met de ernst en het type van klachten als men een medicamenteuze behandeling overweegt. Zo kan men overwegen om antispasmodica voor te schrijven, weliswaar naast dieet en levensstijlmaatregelen. Indien gekozen wordt voor probiotica, is het belangrijk dat deze minstens 4 weken worden genomen vooraleer het effect te evalueren. Laxativa kunnen dienen als behandeling voor constipatie voor patiënten met IBS, lactulose-gebruik dient echter afgeraden te worden. Loperamide is het eerste keuzeproduct van de transitinhibitoren. Belangrijk is deze symptomatische behandelingen af te stemmen op het klinisch effect.
Indien deze behandelingen geen effect hebben, kan men eventueel als tweedelijns behandeling tricyclische antidepressiva overwegen voor hun analgetisch effect. SSRI's kunnen overwogen worden indien TCA's geen effect toonden.

De WGO-guideline [5] beveelt symptomatische behandeling aan. Bij pijn verkiezen ze paracetamol boven NSAID's. Opiaten dienen vermeden te worden. Het probioticum Bifidobacterium infantis vermindert pijn, opgeblazen gevoel en defaecatieproblemen, maar is momenteel enkel verkrijgbaar in Amerika. Ook spasmolytica zouden verschillen per land. Daarnaast geven ze nog TCA's en SSRI's op als mogelijke pijnbehandeling. Voor constipatie stellen ze dat een vezelrijk dieet of zwelmiddelen in combinatie met voldoende vochtinname een logische behandeling zou zijn, maar dat er hiervoor weinig bewijs is in de literatuur en dat het opgeblazen gevoel hierdoor soms verergerd wordt. Het probioticum Bifidobacterium lactis verhoogt de gastro-intestinale transit en verhoogt zo de stoelgangsfrequentie bij IBS-patiënten met constipatie. Osmotische laxativa worden vaak gebruikt, weinigen werden werkelijk getest bij IBS-patiënten. Er wordt ook gesproken over lubiprostone dat gegeven kan worden aan vrouwen met IBS en constipatie ouder dan 18j. Dit product is echter niet verkrijgbaar in België. Indien diarree de voorname klacht is, wordt loperamide aangeraden gezien het de frequentie en de consistentie verbetert. Er wordt gesproken over alosetron bij vrouwen met ernstige diarree die niet reageert op loperamide, maar ook dit product is niet verkrijgbaar in België. Sommige probiotica zouden het opgeblazen gevoel en abdominale opzetting verminderen, alsook

een antibiotische behandeling met rifaximin.

De Amerikaanse richtlijn [6] bespreekt het gebruik van antidepressiva indien andere aanbevolen behandelingen (anticholinergica, antidiarreemiddelen, 5-HT3, 5-HT4 en andere zoals antibiotica, probiotica en aanvullende behandelingen) niet effectief bleken te zijn. Hierbij worden TCA's verkozen boven SSRI's en specifieker TCA van de 2de groep gezien hun betere tolerantie.

De Nederlandse MDR [1] geeft aan dat bulkvormers (bij voorkeur oplosbare vezels, in de vorm van bijvoorbeeld psylliumvezels) kunnen geprobeerd worden bij alle patiënten met IBS, ongeacht het type. Hoewel de effectiviteit ervan voor IBS-klachten niet onderzocht is, kunnen pijnstillers als paracetamol of een NSAID ingezet worden bij pijnklachten. Als pijnklachten een belangrijk onderdeel van het symptomencomplex uitmaken, kan ook een proefbehandeling met een spasmolyticum worden gestart. Hierbij dient de arts samen met de patiënt op basis van de bijwerkingenprofielen een keuze te maken tussen mebeverine (niet bewezen werkzaam, weinig bijwerkingen) en butylscopolamine (beperkt bewijs voor werkzaamheid, meer bijwerkingen). Het spasmolyticum dient op geleide van symptomen gedoseerd te worden. Bij onvoldoende reactie op psylliumvezels, pijnstillers en/of spasmolytica kan (alleen indien medicatie echt gewenst is) ter verlichting van de symptomen bij patiënten met IBS een antidepressivum (SSRI of TCA)voorgeschreven worden. Er is geen vergelijkend onderzoek tussen een SSRI of een TCA. Geadviseerd wordt bij een keuze tussen een SSRI en TCA rekening te houden met het specifieke bijwerkingenprofiel. Naar de werkzaamheid van laxantia is nauwelijks onderzoek verricht, uitsluitend bij patiënten met IBS met constipatie. Laxantia lijken veilig en effectief bij de behandeling van obstipatie in het algemeen. Sommige laxantia (zoals lactulose) dragen echter bij aan extra gasvorming en eventueel daarmee gepaard gaande krampen en buikpijn en kunnen daarom beter vermeden worden bij patiënten met IBS met constipatie. Het enige antidiarreemiddel waarvan het effect bij IBS is onderzocht, is loperamide. Loperamide blijkt van nut te kunnen zijn bij de bestrijding van met IBS geassocieerde diarree en ook buikpijn bij IBS met diarree kan er door afnemen. Voor een gunstig effect op faecale incontinentie bij IBS bestaat geen bewijs.

Een Canadese systematische review [2] besluit dat vezels, spasmolytica en pepermuntolie allen effectiever bleken dan placebo in de behandeling van IBS.

De Clinical Evidence Review [8] bespreekt verschillende medicamenteuze behandelingen. Hierbij stellen ze dat zowel antidepressiva (zowel TCA's als SSRI's), als spasmolytica, als $5HT_3$-receptor agonisten (alosetron en ramosetron) algemene klachten en abdominale pijn verminderd in vergelijking met de placebo-groep. De $5HT_4$-receptoragonist tegaserod zou ook algemene klachten en abdominale pijn verminderen in vergelijking met de placebo-groep, maar dit enkel bij mensen constipatie predominante IBS. Loperamide vermindert de stoelgangsfrequentie bij diarree-dominante IBS, maar heeft geen effect op andere symptomen in vergelijking met de placebo groep.

Een Minerva meta-analyse [9] vindt enkele argumenten in het voordeel van tricyclische antidepressiva en SSRI's voor de behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom. Dit bevestigt de huidige aanbevelingen dat deze antidepressiva in aanmerking komen als tweedekeuzebehandeling. Voor imipramine bestaat het meeste bewijs.
Een andere, recentere meta-analyse in Minerva [10] toont aan dat spasmolytica of antidepressiva effectief zijn, hoewel we uit deze meta-analyse niet kunnen afleiden welke in België gecommercialiseerde spasmolytica een bewezen effect hebben.

Een recente Cochrane review [12] besluit dat er geen bewijs is voor de effectieve werking voor bulkvormers bij IBS. Voor spasmolytica daarentegen is het effect wel bewezen en dit voor de elk van de volgende subgroepen cimetropium/dicyclomine, pepermuntolie, pinaverium en trimebutine. Voor

de werking van antidepressiva vindt men degelijk bewijs voor de werking bij IBS, waarbij er geen eenduidig verschil blijkt te zijn tussen TCA's en SSRI's en hun effectiviteit dus afhankelijk is van de individuele patiënt.

Als we verder naar gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT) kijken, vinden we in een Oekraïense RCT [13] waarin men het effect onderzocht van mesalazine, dat mesalazine significant de pijnintensiteit en -duur verminderde en het verbeterde de cytohistologische parameters van de darmmucosa.

Een Amerikaanse RCT [14] vergeleek de werking van citalopram met een placebogroep. Hier bij merkten ze dat citalopram geen superieur effect had in de behandeling van niet-depressieve IBS-patiënten.

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST PATIËNTEN

VRAGENLIJST: Aanpak prikkelbare darmsyndroom

Er is telkens maar één antwoord mogelijk, tenzij anders aangeduid

Naam: ……

Geboortedatum: ……

Diagnosestelling

1. Welke onderzoeken gebeurden om de diagnose van prikkelbare darm (of spastische darm) te kunnen stellen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ De arts heeft mij enkele vragen gesteld
☐ De arts heeft mijn buik onderzocht
☐ De arts heeft bloed afgenomen
☐ Een stoelgangsstaal werd onderzocht
☐ Echo van de buik
☐ Er werd een kijkonderzoek van mijn darmen gedaan (coloscopie)
☐ Ik werd verwezen naar de maag-darmspecialist
☐ Andere onderzoeken……..

2. Wat denkt u over de onderzoeken die gebeurd zijn?

☐ Ik vond dat er juist voldoende onderzoeken zijn gebeurd
☐ Er werd niet voldoende onderzoek gedaan, namelijk men had ook het volgende moeten onderzoeken:……
☐ Er werd onvoldoende onderzoek gedaan en ik heb een onderzoek elders laten doen namelijk:……
☐ Er werd te veel onderzoek gedaan, namelijk ……..……was overbodig
☐ Andere mening: ……

Behandeling

3. Welke behandeling stelde uw arts voor? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Geen
☐ Dieetmaatregelen
☐ Laxeermiddelen (stoelgangsverzachter)
☐ Krampstillend middel (type Buscopan®, Spasmomen®, mebevirine, etc.)
☐ Pepermuntolie-extract (Tempocol®)
☐ Middel tegen depressie
☐ Verwijzing naar psycholoog
☐ Adviezen ivm levenswijze (aanpakken stress, meer beweging, etc.)
☐ Andere behandeling: ……

4. Was deze behandeling effectief? *(Per behandeling)*

☐ Ja:

Welke?……

☐ Neen:

Welke niet?……..

5. Hebt u naast wat de arts voorschreef of aanraadde, zelf medicatie gekocht?

☐ Neen

☐ Ja

Hoe bent u hieraan gekomen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Op aanraden van de apotheker

☐ Op aanraden van familie/vrienden

☐ Via het internet opgezocht

☐ Andere: ……

Over welke medicatie gaat het? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Laxeermiddel (stoelgangsverzachter)

☐ Krampstillend middel (type Buscopan®, Spasmomen®, mebevirine, etc.)

☐ Pepermuntolie-extract (Tempocol®)

☐ Middel tegen depressie

☐ Andere: ……

Was deze effectief? *(Per behandeling)*

☐ Ja: ……

☐ Nee: ……

<u>Communicatie</u>

6. Hoe werd de diagnose toegelicht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Ik kreeg enkel de diagnose van prikkelbare of spastische darm zonder meer uitleg

☐ Ik kreeg uitleg over de verschillende aspecten zoals

☐ hoe het ontstaat

☐ wat de klachten zijn

☐ wat ik eraan kan doen

☐ medicatie nemen

☐ dieetmaatregelen

☐ stress verminderen

☐ hoe het verder verloopt

☐ Het is tijdens meerdere consultaties aan bod gekomen

☐ Aan de telefoon

☐ Aan de hand van geschreven dieetadvies

☐ Aan de hand van een folder

☐ Aan de hand van afbeeldingen

☐ Andere: ……

7. Was deze uitleg duidelijk?

☐ Ja

☐ Nee

Waarom niet?

……

……

8. Zorgde de uitleg rond de diagnose ervoor dat u gerust gesteld was?

☐ Ja

☐ Nee

Waarom niet?

……

……

9. Welke informatie had u graag gekregen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Ik had graag enkel de diagnose gekregen van prikkelbare of spastische darm zonder meer uitleg

☐ Ik had graag uitleg gekregen over de verschillende aspecten zoals

- ☐ hoe het ontstaat
- ☐ wat de klachten zijn
- ☐ wat ik eraan kan doen
  - ☐ medicatie nemen
  - ☐ dieetmaatregelen
  - ☐ stress verminderen
- ☐ hoe de aandoening verder verloopt

10. Op welke manier had u graag informatie gekregen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Enkel door een gesprek met de arts

☐ Aan de hand van geschreven dieetadvies

☐ Aan de hand van een folder

☐ Aan de hand van afbeeldingen

☐ Aan de hand van informatie op de computer (website)

☐ Andere: ……

11. Zijn er nog dingen die u wil melden, opmerkingen, suggesties, etc.?

……

……

……

Van harte bedankt voor uw medewerking!

BIJLAGE 3: INFORMATIEFOLDER PATIËNTEN

Wat is een prikkelbare darm?

We spreken van het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS, ook wel spastische darmen genoemd) wanneer iemand regelmatig buikklachten en problemen met de ontlasting heeft, vaak met pijn op wisselende plekken in de buik. Een syndroom is een groep van klachten die vaak samen optreden.

Wat zijn de verschijnselen?

De volgende klachten kunnen gedurende jaren regelmatig terugkomen:

- buikpijn; bij de één een vervelend of opgeblazen gevoel in de buik, bij de ander heftige buikkrampen;
- de pijn kan overal in de buik zitten en wisselen van plek;
- de klachten kunnen verbeteren nadat u ontlasting heeft gehad;
- onregelmatige ontlasting in de vorm van verstopping, diarree of een afwisseling van beide.

Andere klachten die er bij kunnen horen zijn: Moeheid, misselijkheid, winderigheid of een gespannen gevoel in de buik. De klachten kunnen na het eten of na de ontlasting verergeren of juist minder worden. Sommige mensen met PDS hebben een vervelend gevoel of pijn in de maag en/of slokdarm, pijn of een naar gevoel bij het plassen, problemen met plassen, rugpijn of spier- en gewrichtsklachten. De klachten kunnen per persoon verschillen. Sommige mensen hebben weinig klachten en kunnen er goed mee leven. Anderen hebben soms zulke heftige klachten dat ze hun dagelijkse bezigheden tijdelijk moeten onderbreken. Hoe de klachten verlopen is moeilijk te voorspellen. Soms zijn er langere perioden geen of weinig klachten, soms kunnen de klachten ineens heel heftig zijn.
Klachten zoals ongewild gewichtsverlies, koorts, veranderd ontlastingspatroon of bloedverlies bij de stoelgang passen niet bij PDS en vereisen dus verder onderzoek. Indien er in de familie ontstekingsziektes van de darm, darmkanker of coeliakie (overgevoeligheid voor gluten) voorkomt, dient u dit ook te melden aan uw arts.

Hoe ontstaat het?

Hoe klachten van een prikkelbare darm ontstaan is niet duidelijk. Het lijkt er op dat bij PDS de hersenen extra alert zijn voor wat er in de darmen gebeurt. Prikkels in de darmen worden direct door uw hersenen opgemerkt. Uw darm lijkt extra gevoelig en beweeglijk. De klachten kunnen na een darminfectie (buikgriep) verergeren. Bij sommige mensen lijken de darmen sterk te reageren op prikkels zoals drukte of spanningen. Wanneer de PDS-klachten verergeren, kan dat erop wijzen dat een bepaalde situatie stressvol is.

Adviezen

- Als u zich zorgen maakt over uw klachten, dan is het goed om hierover te praten. Ongerustheid kan ervoor zorgen dat uw klachten verergeren en uw ongerustheid verder toeneemt. De klachten en de zorgen hierover versterken elkaar. Op de praktijk bekijken we of dit een rol speelt. Dan bespreken we ook hoe u de opeenvolging van ongerustheid en klachten zelf kunt doorbreken.
- Probeer eventueel vermijdingsgedrag te verminderen. Als u bijvoorbeeld niet naar bijeenkomsten gaat omdat u niet zeker weet of daar wel een goed toilet in de buurt is, dan mist u misschien nuttige bijeenkomsten of gezellige feestjes die u juist wat afleiding kunnen geven. Als u gestrest raakt wanneer u naar een onbekende omgeving moet, dan kunnen PDS-klachten verergeren. Probeer of u toch wat meer van die bijeenkomsten kunt meemaken. Bouw het op door bijvoorbeeld met iemand af te spreken dat u maar een halfuurtje naar een feest gaat. Durf gerust te vragen of er ergens, weg van alle drukte, een toilet is waar u zo nodig even naartoe kunt.
- Pak stress aan. Zoals bij bijna elke ziekte kunnen stress en de klachten elkaar versterken. Bedenk waar de stress vandaan komt. Bespreek het op de praktijk. Maak eventueel vooraf een dagboekje: schrijf op wanneer u spanningen of stress voelt en waar het minder van wordt.
- Ook voor mensen met PDS is het belangrijk om volwaardige voeding te nemen. Veel patiënten met PDS vertellen dat ze bepaalde voedingsmiddelen vermijden omdat ze merken dat die bij hen meer klachten geven. Ze nemen bijvoorbeeld geen kool, paprika, peulvruchten, ui, koolzuur, melkproducten, koffie, suiker, zoetstoffen, vet of citrusvruchten. Tot nu toe is er weinig wetenschappelijk bewijs voor. Zodra u bepaalde voedingsmiddelen niet meer neemt, is het verstandig om eens met een diëtist te bespreken of en hoe u de benodigde voedingsstoffen toch binnenkrijgt. Een evenwichtig eetpatroon met minstens drie maaltijden per dag is ook voor patiënten met PDS van belang. Daarbij is het belangrijk om voldoende oplosbare vezels (vooral vezels uit groente en fruit) binnen te krijgen en genoeg te drinken. Praat er ook over met uw arts!
- Zes van de tien mensen met PDS zeggen dat niet al te inspannende regelmatige beweging de buikpijn en darmklachten vermindert. Kijk eens hoe het zit met uw dagelijkse beweging thuis, op school of op uw werk. Als u weinig beweegt, probeer dan eens of u af en toe wat kunt gaan wandelen. Kijk wat dat met uw klachten doet. Stop niet bij de eerste buikkramp maar probeer voorzichtig verder te bouwen aan uw gezondheid.

Medicijnen

Is éénmaal de diagnose van PDS gesteld, dan kan uw arts u indien nodig medicatie voorschrijven die uw klachten verlichten.

Hoe gaat het nu verder?

Als u eenmaal weet dat u PDS heeft, geeft dat al wat duidelijkheid en rust. Het is goed om dan af te spreken hoe het verder gaat. Vaak is er behoefte aan meer gesprekken, uitleg en een plan om met de klachten om te leren gaan. Vooral als u veel last heeft van uw PDS-klachten is er meer nodig. Dan is het goed om een of meerdere keren terug te komen. We bespreken dan de verschillende behandelingsmogelijkheden alsook of het voor u nuttig is om te gaan praten met een diëtist of een psycholoog.

Indien u meer informatie wenst, kan u naar volgende website gaan:
nhg.artsennet.nl
→ NHG-patiëntenbrieven
→ O. Tractus digestivus
→ Prikkelbare darm: download Patiëntenversie MDR

Deze brochure werd gebaseerd op de NHG-patiënten Prikkelbare darm, cfr. nhg.artsennet.nl

PRIKKELBARE DARM SYNDROOM



BIJLAGE 4: INFORMATIEFOLDER PATIËNTEN

Wat is een prikkelbare darm?

We spreken van het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS, ook wel spastische darmen genoemd) wanneer iemand regelmatig buikklachten en problemen met de ontlasting heeft, vaak met pijn op wisselende plekken in de buik. Een syndroom is een groep van klachten die vaak samen optreden.

Wat zijn de verschijnselen?

De volgende klachten kunnen gedurende jaren regelmatig terugkomen:

- buikpijn; bij de één een vervelend of opgeblazen gevoel in de buik, bij de ander heftige buikkrampen;
- de pijn kan overal in de buik zitten en wisselen van plek;
- de klachten kunnen verbeteren nadat u ontlasting heeft gehad;
- onregelmatige ontlasting in de vorm van verstopping, diarree of een afwisseling van beide.

Andere klachten die er bij kunnen horen zijn: Moeheid, misselijkheid, winderigheid of een gespannen gevoel in de buik. De klachten kunnen na het eten of na de ontlasting verergeren of juist minder worden. Sommige mensen met PDS hebben een vervelend gevoel of pijn in de maag en/of slokdarm, pijn of een naar gevoel bij het plassen, problemen met plassen, rugpijn of spier- en gewrichtsklachten. De klachten kunnen per persoon verschillen. Sommige mensen hebben weinig klachten en kunnen er goed mee leven. Anderen hebben soms zulke heftige klachten dat ze hun dagelijkse bezigheden tijdelijk moeten onderbreken. Hoe de klachten verlopen is moeilijk te voorspellen. Soms zijn er langere perioden geen of weinig klachten, soms kunnen de klachten ineens heel heftig zijn.
Klachten zoals ongewild gewichtsverlies, koorts, veranderd ontlastingspatroon of bloedverlies bij de stoelgang passen niet bij PDS en vereisen dus verder onderzoek. Indien er in de familie ontstekingsziektes van de darm, darmkanker of coeliakie (overgevoeligheid voor gluten) voorkomt, dient u dit ook te melden aan uw arts.

Hoe ontstaat het?

Hoe klachten van een prikkelbare darm ontstaan is niet duidelijk. Het lijkt er op dat bij PDS de hersenen extra alert zijn voor wat er in de darmen gebeurt. Prikkels in de darmen worden direct door uw hersenen opgemerkt. Uw darm lijkt extra gevoelig en beweeglijk. De klachten kunnen na een darminfectie (buikgriep) verergeren. Bij sommige mensen lijken de darmen sterk te reageren op prikkels zoals drukte of spanningen. Wanneer de PDS-klachten verergeren, kan dat erop wijzen dat een bepaalde situatie stressvol is.

Adviezen

- Als u zich zorgen maakt over uw klachten, dan is het goed om hierover te praten. Ongerustheid kan ervoor zorgen dat uw klachten verergeren en uw ongerustheid verder toeneemt. De klachten en de zorgen hierover versterken elkaar. Op de praktijk bekijken we of dit een rol speelt. Dan bespreken we ook hoe u de opeenvolging van ongerustheid en klachten zelf kunt doorbreken.
- Probeer eventueel vermijdingsgedrag te verminderen. Als u bijvoorbeeld niet naar bijeenkomsten gaat omdat u niet zeker weet of daar wel een goed toilet in de buurt is, dan mist u misschien nuttige bijeenkomsten of gezellige feestjes die u juist wat afleiding kunnen geven. Als u gestrest raakt wanneer u naar een onbekende omgeving moet, dan kunnen PDS-klachten verergeren. Probeer of u toch wat meer van die bijeenkomsten kunt meemaken. Bouw het op door bijvoorbeeld met iemand af te spreken dat u maar een halfuurtje naar een feest gaat. Durf gerust te vragen of er ergens, weg van alle drukte, een toilet is waar u zo nodig even naartoe kunt.
- Pak stress aan. Zoals bij bijna elke ziekte kunnen stress en de klachten elkaar versterken. Bedenk waar de stress vandaan komt. Bespreek het op de praktijk. Maak eventueel vooraf een dagboekje: schrijf op wanneer u spanningen of stress voelt en waar het minder van wordt.

- Ook voor mensen met PDS is het belangrijk om volwaardige voeding te nemen. Veel patiënten met PDS vertellen dat ze bepaalde voedingsmiddelen vermijden omdat ze merken dat die bij hen meer klachten geven. Ze nemen bijvoorbeeld geen kool, paprika, peulvruchten, ui, koolzuur, melkproducten, koffie, suiker, zoetstoffen, vet of citrusvruchten. Tot nu toe is er weinig wetenschappelijk bewijs voor. Zodra u bepaalde voedingsmiddelen niet meer neemt, is het verstandig om eens met een diëtist te bespreken of en hoe u de benodigde voedingsstoffen toch binnenkrijgt. Een evenwichtig eetpatroon met minstens drie maaltijden per dag is ook voor patiënten met PDS van belang. Daarbij is het belangrijk om voldoende oplosbare vezels (vooral vezels uit groente en fruit) binnen te krijgen en genoeg te drinken. Praat er ook over met uw arts!

- Zes van de tien mensen met PDS zeggen dat niet al te inspannende regelmatige beweging de buikpijn en darmklachten vermindert. Kijk eens hoe het zit met uw dagelijkse beweging thuis, op school of op uw werk. Als u weinig beweegt, probeer dan eens of u af en toe wat kunt gaan wandelen. Kijk wat dat met uw klachten doet. Stop niet bij de eerste buikkramp maar probeer voorzichtig verder te bouwen aan uw gezondheid.

Medicijnen

Is éénmaal de diagnose van PDS gesteld, dan kan uw arts u indien nodig medicatie voorschrijven die uw klachten verlichten.

Hoe gaat het nu verder?

Als u eenmaal weet dat u PDS heeft, geeft dat al wat duidelijkheid en rust. Het is goed om dan af te spreken hoe het verder gaat. Vaak is er behoefte aan meer gesprekken, uitleg en een plan om met de klachten om te leren gaan. Vooral als u veel last heeft van uw PDS-klachten is er meer nodig. Dan is het goed om een of meerdere keren terug te komen. We bespreken dan de verschillende behandelingsmogelijkheden alsook of het voor u nuttig is om te gaan praten met een diëtist of een psycholoog.

Indien u meer informatie wenst, kan u naar volgende website gaan:
nhg.artsennet.nl
→ NHG-patiëntenbrieven
→ D. Tractus digestivus
→ Prikkelbare darm: download Patiëntenversie MDR

Deze brochure werd gebaseerd op de NHG-patiëntenbrief Prikkelbare darm (nhg.artsennet.nl)

BIJLAGE 5: GESCHREVEN EETADVIEZEN

Algemene richtlijnen ivm spastisch colon

- Steeds traag eten, goed kauwen (zo nodig gebit verzorgen!) of voedsel fijn maken;
- Liever dikwijls eten dan te veel ineens (5-6x);
- Zorgen voor voldoende variatie en vitaminen in de voeding;
- Rekening houden met ervaring van goed en slecht verdragen voeding om onderstaand dieet individueel aan te passen, ook naar gelang verbetering of verergering ziektetoestand

Afgeraden:

Vleeswaren	Charcuterie, wild, gemarineerd vlees
Deegwaren	Alle vers brood, volkoren brood (uitzondering in geval van constipatie)
Conserven	Uitgenomen gesteriliseerde groenten en fruit
Groenten en fruit (rauw)	Taaie en vezelige groenten o.m. alle koolsoorten (bloemkool beproeven), witte bonen (eventueel met mate gebruiken), tomaten (te beproeven), onrijp fruit
Bruisdranken	
Kruiden	
Alcoholische dranken	
Sterke koffie	

Aangewezen:

Vlees (mager)	Gebakken (zonder saus), gegrild of gekookt, liefst wit vlees in het begin (kalf, kip) of magere hesp, later ook lever en hersenen
Vis	Mager en gekookt
Ei	Met mate, zacht gekookt
Brood	(over het algemeen niet te veel) wit en oudbakken of hard of dubbel gebakken, beschuit of toast
Deegwaren en meelstoffen	(matig te gebruiken) macaroni, spaghetti (met boter), rijst, havermout, maïzena
Boter of kunstboter	Vers en rauw (60 à 100g per dag), geen ander vet
Groenten	(in het begin in puree, later gekookt) (matig te gebruiken) wortelen, andijvie, witloof, fijne groene bonen, fijne erwtjes (met mate); na beterschap kunnen salade, selder, spinazie, raap, artisjok, asperges en schorseneren beproefd
Aardappelen	In het begin liefst puree, gestoofd of in gelei; later rauw maar goed rijp
Fruit	Banaan, appel, abrikoos, sap van appelsienen, pompelmoes, druiven
Melk	(eventueel als room of afgeroomd) te beproeven, evenals yoghurt of botermelk
Kaas	Platte kaas, andere kaas proeven; camembert etc.
Met voorzichtigheid en uitzonderlijk	
	Suiker en confituur
Drank	Gesuikerde thee; ontvette bouillon, fruitsap