

De diagnose irritable bowel syndroom in de huisartspraktijk

Een onderzoek in vier huisartspraktijken in Amsterdam-Bijlmermeer*

J. S. MEIJER**

De mate waarin het *irritable bowel syndroom* (IBS) voorkomt in de bevolking, is onbekend. De belangrijkste klachten – buikpijn en/of defecatiestoornissen – zijn niet voor iedereen aanleiding om medische hulp in te roepen, en de medische statistieken hebben steeds betrekking op geselecteerde groepen personen, waarbij niet duidelijk is welke factoren de selectie beïnvloeden. Teneinde meer inzicht te krijgen in de frequentie van het syndroom, is een retrospectief onderzoek verricht in een viertal huisartspraktijken.

Inleiding

In Engeland hebben de gastro-enterologen *Grant Thompson and Heaton* „gezonde” personen een vragenlijst over buikklachten voorgelegd. In deze niet aselekt samengestelde groep vonden zij bij 13,6 procent van de mensen klachten die zij specifiek voor het IBS achten. Het merendeel van de proefpersonen had hiervoor geen arts geraadpleegd. De auteurs waarschuwen, in tegenstelling tot de meeste specialisten, voor het uitvoerig onderzoeken van deze klachten of het behandelen met dieet of medicijnen. Uit de onderzoeken van *Lati-mer et al.* is gebleken dat het klagen over de buik bij de dokter veel meer als een gedragsstoornis dient te worden beschouwd dan als teken van een gestoorde darmmotiliteit.

In Nederland geven de morbiditeitsregistraties van huisartsen de beste indruk hoe vaak de huisarts in zijn contact met de patiënt de diagnose IBS stelt. Een bezwaar van de oudere morbiditeitsregistraties is het ontbreken van de term IBS als classificatie-eenheid. Zo rekent *Oliemans* het syndroom waarschijnlijk tot de algemene functionele darmstoor-

nissen of vermeldt hij het onder de symptoomdiagnosen. De Morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord (*Lamberts*) kent het spastisch colon. Deze term wordt in de specialistische literatuur gereserveerd voor de variant waarbij de buikpijn op de voorgrond staat, terwijl het IBS ook betrekking heeft op de vorm waarbij diarree overweegt. De term spastisch colon is dus niet identiek met IBS. In Ommoord werd de term spastisch colon overigens gebruikt voor alle functionele buikklachten die aan het colon werden toegeschreven. De gemiddelde prevalentie over één jaar was 41 per 1000 met een vrij grote interdokter variatie (64 - 31 per 1000).

Uit het *Monitoringproject* komen meer gedetailleerde gegevens. (persoonlijke mededeling H. Lamberts) In het eerste jaar van de registratie werd een zekere prevalentie van 20,2 per 1000 gevonden bij een basispopulatie van N= 16.837. De onzekere prevalentie was 10,1 per 1000. In het tweede jaar was de zekere prevalentie teruggelopen tot 0,8 per 1000 en de onzekere tot 7,2 per 1000. De incidentie (de nieuw ontdekte gevallen) was in deze twee jaar 16,3 respectievelijk 13,4 per 1000. Deze cijfers gelden voor de praktijkpopulatie die ten minste twee jaar staat ingeschreven. De korte observatieperiode laat geen conclusies toe over het chronische karakter van het IBS, maar wel kan men zeggen dat de meeste mensen niet langer dan een jaar hun klachten aan de dokter presenteren. Of zij daarna ook werkelijk klachtenvrij zijn, is uit deze gegevens niet af te leiden.

In de *Continue morbiditeitsregistratie* van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut komt noch het IBS noch het spastisch colon als aparte classificatie-eenheid voor.

Een proefonderzoek onder de leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG wees uit, dat er grote verschillen zijn in de frequentie waarmee de diagnose IBS wordt gesteld. Deze verschillen waren bovendien niet nader te analyseren, als gevolg van het feit dat onvoldoende duidelijk was of de in *tabel 1* weergegeven diagnostische criteria waren gebruikt.

Over het algemeen stellen huisartsen de diagnose IBS niet per exclusionem, maar gaan zij snel over tot behandelen op grond van de hypothese functionele buikklacht. Is de behandeling succesvol of verdwijnen de klachten spontaan, dan blijft de diagnose vaag. Sommige huisartsen hebben moeite om dan de term IBS te gebruiken, omdat die gekoppeld blijft aan het ernstiger beeld. De acceptatie van het syndroom als diagnose-eenheid en de vertrouwdheid met het type patiënt beïnvloeden de herkenning van het syndroom ook in zijn lichtere vormen. Het is goed zich te blijven realiseren dat het IBS een door de geneeskunde geconstrueerde reductie van de werkelijkheid van de patiënt is en geen afwijking die zich met een eigen wetmatigheid ontwikkelt en objectief aantoonbaar is.

Teneinde meer inzicht te krijgen in de frequentie waarmee het syndroom wordt vastgesteld in de huisartspraktijk, is in het kader van een keuzeonderwijsproject van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam een retrospectief onderzoek verricht in vier huisartspraktijken in Amsterdam-Bijlmermeer.

Probleemstelling en opzet

Het eerste doel van het onderzoek was het vaststellen van het aantal patiënten bij wie ooit de diagnose IBS was gesteld. Het tweede, hieraan nauw verbonden doel was het identificeren van een groep patiënten met de diagnose IBS, teneinde karakteristieke gegevens over deze groep te kunnen vergelijken met de gegevens uit de IBS-literatuur.

Onder huisartspraktijk wordt hier verstaan: een groep personen die bij de huisarts staan ingeschreven en over wie medische gegevens in een kaartstelsel bekend zijn. Onder de diagnose IBS wordt datgene verstaan wat de huisarts als zodanig op zijn patiëntenkaart ver-

* Het onderzoek werd verricht in samenwerking met de medische studenten Joke Andriessen, Allan Lim, Henk Pijning, Steven Birnie, Marcel Soesan, Paul Tegenbosch, Ellen van der Schoot en Paul Voorn. De patiëntgegevens werden beschikbaar gesteld door de huisartsen E. H. Dercksen, K. H. Noordhoff, P. H. Breedveld en T. Dijkstra. J. Gubbels, statisticus en adviseur van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG, adviseerde bij het onderzoek. Naar hen allen gaat mijn dank uit.

** Wetenschappelijk hoofdmedewerker Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

meldt. Deze diagnose kan afwijken van de criteria zoals die in *tabel 1* vermeld zijn, vooral met betrekking tot de duur van de klachten en het karakter van de defecatiestoornissen. Het meest karakteristieke van de „huisarts-diagnose” is de klacht buikpijn, het palpabel zijn van het colon, algemene verschijnselen van nerveuze spanning en het ontbreken van aanwijzingen voor een organische genese van de klachten. Het criterium „negatieve rectoscopie en negatieve colonfoto” wordt in de huisartspraktijk zelden gehanteerd.

Gekozen is voor een retrospectief onderzoek. Daarbij is uitgegaan van de premisse dat het IBS een uiting is van een bepaalde predispositie en dat deze predispositie is op te vatten als een blijvend kenmerk. Daarom is ook afgezien van het vaststellen van prevalentie of incidentie in een bepaalde tijdperiode. Het syndroom manifesteert zich in die tijd, door het samengaan van stressrijke levensgebeurtenissen, persoonlijkheidsfactoren en – al dan niet hereditaire – somatische factoren; klachtenvrije perioden worden afgewisseld met perioden van frequent doktersbezoek. Het eenmaal stellen van de diagnose IBS staat in deze veronderstelling gelijk met het vaststellen van een predispositie. Het is daarom niet van belang wanneer de diagnose gesteld is, maar of deze ooit gesteld is: eenmaal IBS, altijd IBS.

Aan prevalentiestudies op basis van bijvoorbeeld het kaartsysteem van de huisarts kleven tenminste drie bezwaren:

- het loketeffect: er zijn alleen gegevens van personen die zich als patiënt hebben gemeld;
- de huisarts kan onvolledig registreren wat hij ziet; ook kan hij blind zijn voor datgene waarmee hij geconfronteerd wordt;
- de onderzoeker kan fouten maken door onleesbaarheid van de kaarten, door afwijkende terminologie, door vermoeidheid of door problemen bij de interpretatie.

Onderzoek dat zich over een aantal praktijken uitstrekt en dat door meer dan één onderzoeker wordt verricht, levert problemen ten aanzien van de betrouwbaarheid.

Aan de factor huisartsen is bij retrospectief onderzoek niets te veranderen. De observatoren behoren met een eensluidende instructie te werken. Door het ontwerp van het onderzoek kan men ervoor zorgen dat de observatoren vergelijkbare steekproeven onderzoeken, zodat vastgesteld kan worden of verschillen in uitkomst per observator door toe-

val of door een systematische fout te verklaren zijn.

Het onderzoek werd in 1980 uitgevoerd door acht (vierde- en vijfdejaars) medische studenten. De vier huisartspraktijken bestaan ongeveer tien jaar en bestrijken een beperkt geografisch gebied. De praktijkpopulaties zijn qua samenstelling en leeftijds- en geslachtsopbouw onderling goed te vergelijken. Circa 40 procent van de populaties bestaat uit buitenlanders. Door de sterke migratie (30 procent per jaar) zijn er aanzienlijke verschillen in inschrijvingsduur; de kans op het stellen van de diagnose IBS zal daardoor per patiënt sterk variëren. Het verband tussen inschrijvingsduur en de diagnose IBS is voor één praktijk nader onderzocht.

Vóór het eigenlijke onderzoek werden de studenten geïnstrueerd in het lezen van de patiëntenkaarten en werd het IBS besproken aan de hand van de literatuur. Het onderzoek zelf werd in twee fasen verricht. In de eerste fase onderzochten de onderzoekers 1 en 2 praktijk A en de onderzoekers 3 en 4 praktijk B. In beide praktijken werd een aselechte steekproef getrokken uit het kaartenbestand (in praktijk A elke achtste kaart, in praktijk B elke tiende). Kaarten van personen jonger dan 15 jaar en ouder dan 59 jaar werden terzijde gelegd. De beide teams werkten gescheiden en de kaarten werden niet at random over de onderzoekers verdeeld. In de tweede fase werden de praktijken C en D onderzocht door de onderzoekers 5, 6, 7 en 8. De steekproeven werden op identieke wijze getrokken als in de eerste fase, maar nu werkten de onderzoekers meer samen: iedere onderzoeker onderzocht ongeveer 150 kaarten uit de ene praktijk en ongeveer 75 uit de andere. Hierdoor was het mogelijk een onderzoek naar de inter-observer betrouwbaarheid uit te voeren.

De onderzoekers lazen de kaarten vanaf de eerste aantekening door en tekenden hun bevindingen aan op een onderzoeksformulier. Daar het in alle praktijken de gewoonte is uittreksels van specialistenbrieven op de kaarten op te nemen, zijn deze brieven niet nader onderzocht. Ook gegevens van vroegere huisartsen zijn niet in het onderzoek opgenomen, tenzij ze op de patiëntenkaart waren overgenomen.

De volgende variabelen werden vastgelegd: geboortjaar, geslacht, buikklachten, gesplitst naar buikpijn, diarree en obstipatie, en de diagnose IBS. Indien deze diagnose was gesteld, werd ook

Tabel 1. Klachten en bevindingen bij het irritable bowel syndroom.

Klachten

- Begin: 2-5 jaar voor het eerste onderzoek; soms vanaf de jeugd.
- Duur: langer dan 3 maanden of kortdurend, intermitterend.
- Aard:

Veranderd defecatiepatroon: obstipatie (hard, slijm); diarree (waterig).

Pijn:

- in bovenbuik diffuus;
- in onderbuik links of rechts;
- vermindering na defecatie;
- ontstaat 15-20 minuten na maaltijd;
- krampachtig tot koliek;
- uitstralend naar rug, liezen of diafragma.

Flatus:

- snel een vol gevoel na eten;
- buik zet op na eten;
- boeren, borborygmi, soms pijnlijke passage;

Voedselintolerantie (speciaal melk).

Leeftijd

Alle leeftijden, meestal 20-50 jaar.

Sekse

Vrouw : man = 2 : 1

Onderzoek

Algemeen:

- goede voedingstoestand;
- nerveus, op de hoede, inadequaat;
- discrepantie klachten en afwijkingen.

Buik:

- peristaltiek normaal tot hevig;
- tympanie – tot +, opgezet – tot ++;
- coecum: borrelende weerstand, pijnlijk;
- colon descendens/sigmoid: gevoelige streng;
- (littkens appendectomie, cholecystectomie, hysterectomie).

Rectaal toucher: al of niet

- sfincterspanning ++, pijn ++;
- fissura ani, hemorrhoiden;
- harde faeces.

Vaginaal toucher: diepe pijn; pijn aan buikwand.

Rectoscopie:

- hyperemie, soms spasme ++;
- luchtinsufflatie wekt klachten op.

Röntgenfoto colon: normaal tot versterkte haustra.

Laboratorium

Bloed:

- BSE, Hb, Leuko + differentiatie normaal;
- leverfunctie, eiwitgehalte: normaal

Urine: sediment c.q. kweek, reductie, albumen: normaal;

Faeces:

- diarree: kweek, parasieten: normaal;
- keutels: occult bloed: geen.

Bron: *Meijer.*

Tabel 2. IBS in vier huisartspraktijken.

Praktijk	Populatie 15 t/m 59 jaar	Steekproef- ratio	Steekproef 15 t/m 59 jaar	IBS	
				aantal	percentage
A	2968	1 : 8	371	34	9,2
B	2400	1 : 10	240	32	13,0
C	2435	1 : 5	487	48	9,9
D	2155	1 : 5	431	65	15,1
Totaal	9958		1529	179	11,7

Tabel 3. Diagnose IBS gesteld door huisarts c.q. specialist.

Praktijk	Huisarts		Specialist		Totaal
	aantal	percentage	aantal	percentage	
A	29	85	5	15	34
B	29	90	3	10	32
C	39	81	9	19	48
D	61	94	3	6	65
Totaal	159	89	20	11	179

Tabel 4. Buikklachten c.q. diagnose IBS.

Praktijk	Steekproef	Buikklachten		Diagnose IBS		Aantal IBS op 100 buikklachten
		aantal	percentage	aantal	percentage	
A	371	93	25	34	9	37
B	240	69	29	32	13	46
C	487	159	32	48	10	30
D	431	164	38	65	15	40
Totaal	1529	485	32	179	12	37

Tabel 5. Buikpijn, obstipatie en diarree bij de diagnose IBS.

Totaal IBS	Buikpijn		Obstipatie		Diarree	
	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage
179	133	74	47	26	38	21

vermeld of dit door de huisarts of een specialist was gebeurd. Indien de onderzoeker geen diagnose aantroef, doch meende deze op grond van de gegevens toch te mogen stellen, werd achteraf met de huisarts overlegd. Bij twijfel gaf de mening van de huisarts de doorslag. Als criteria voor de diagnose golden:

- de vermelding op de kaart van de term IBS of een gebruikelijk equivalent (spastisch colon, nerveuze buik);
- de combinatie buikpijn - obstipatie en/of diarree en het voorschrijven van

een voor IBS typerend te achten therapie (vezelrijke voeding, zemelen of een spasmolyticum als mebeverine).

In de tweede fase werd bovendien de nationaliteit van de patiënten geregistreerd, en wel op grond van twee overwegingen:

- er zijn genetische verschillen in de predispositie voor diarree (bijvoorbeeld lactasedeficiëntie);
- culturele verschillen kunnen de presentatie van de klachten beïnvloeden.

Resultaten

• *Het stellen van de diagnose IBS.* De vier huisartspraktijken telden in totaal 9958 ingeschreven personen van 15 t/m 59 jaar van wie medische gegevens bekend waren. In totaal 1529 patiëntencarten werden onderzocht op het voorkomen van de diagnose IBS. Deze diagnose was vermeld, c.q. was op te maken uit de gegevens op 179 kaarten (11,7 procent - tabel 2). Voor de populatie als geheel zal dit percentage waarschijnlijk liggen tussen de 10,4 en 13,6 procent. In het merendeel van de gevallen was de diagnose gesteld door de huisarts (tabel 3). Indien de specialist de diagnose had gesteld, betrof het soms patiënten die met een op het syndroom gerichte vraagstelling verwezen waren; veel vaker was het een diagnose per exclusie, wanneer er geen organische verklaring voor bijvoorbeeld pijnklachten te vinden was. Het materiaal laat geen nadere kwantitatieve uitspraken toe. Van de 1529 onderzochte personen hadden zich 485 patiënten (32 procent) in de loop van ten hoogste tien jaar minstens eenmaal met buikklachten tot de dokter gewend (tabel 4). Bij 179 personen was tevens de diagnose IBS gesteld. In de andere gevallen had de huisarts een organische stoornis gediagnostiseerd, of ontbrak een diagnose. Deze gegevens zijn echter niet genoteerd. Het aandeel van de diagnose IBS in het totaal der buikklachten blijkt niet in alle praktijken gelijk.

Van de klachten die als typerend voor het IBS worden beschouwd, werd pijn driemaal zo vaak genoteerd als obstipatie of diarree (tabel 5). Combinaties van klachten kwamen ook voor, maar zijn niet verder gekwantificeerd. De opzet van dit onderzoek maakt het niet mogelijk uitspraken te doen over een specifiek klachtenpatroon voor het IBS bij de huisarts; de wijze waarop de klachten door de verschillende huisartsen waren genoteerd, varieerde nogal.

• *Gegevens over de patiënten bij wie de diagnose IBS is gesteld.* In één praktijk was de verdeling over de leeftijdsgroepen conform de kansverwachting; bij de andere drie was er een tendens naar een lagere frequentie bij de jongere leeftijdsgroepen en een hogere frequentie bij de oudere patiënten. In één praktijk was dit verband significant. Tabel 6, die betrekking heeft op de steekproef als geheel, laat echter geen significante verschillen tussen de leeftijdsgroepen zien (X^2 -toets).

De verschillen in frequentie tussen man-

nen en vrouwen zijn significant, zowel voor de afzonderlijke steekproeven als voor de steekproef als geheel (tabel 7). In de praktijken C en D is voorts een nader onderscheid gemaakt tussen de mensen van Nederlandse en van niet-Nederlandse afkomst, respectievelijk „Nederlanders” en „buitenlanders” genoemd. De groep „buitenlanders” bestond grotendeels uit Surinamers van Creoolse en Hindoestaanse afkomst. Uit tabel 8 blijkt dat er bij de mannen geen significant verschil bestond in het voorkomen van de diagnose IBS; bij de vrouwen deed zich dat verschil in beide praktijken daarentegen wel voor. In hoeverre de migratie of leeftijdsverschillen hierbij een rol spelen, is niet nader geanalyseerd.

• *Inter-observer betrouwbaarheid.* De betrouwbaarheid van de waarnemingen van de huisartsen komt in dit onderzoek niet aan de orde. Men dient daarbij voor ogen te houden, dat de verschillen tussen de praktijken kunnen berusten op toeval, maar ook het gevolg kunnen zijn van systematische invloeden.

Over de betrouwbaarheid van de onderzoekers 1-4 kunnen geen uitspraken worden gedaan, aangezien de betreffende steekproeven niet aselekt over hen verdeeld zijn. Bij de onderzoekers 5-8 is daarentegen wel een mogelijkheid tot controle ingebouwd. Uit tabel 9 blijkt echter, dat de verschillen tussen die vier onderzoekers klein en niet significant zijn.

Beschouwingen en conclusies

Bij de interpretatie van de resultaten vragen wij ons in de eerste plaats af hoe valide en betrouwbaar ze zijn.

De gegevens zijn afkomstig uit notities van huisartsen gedurende een wisselend aantal jaren, waarin zij geen speciale interesse voor het IBS hadden. Bij een „geconstrueerd” syndroom, zoals het IBS, zijn de diagnostische criteria willekeurig vastgesteld. Voor de ernstige vormen zijn deze scherp omschreven (tabel 1), maar bij de lichtere vormen zijn de grenzen niet zo gemakkelijk vast te stellen. Men kan zich afvragen of men de lichtere vormen wel het predicaat IBS mag geven. Gezien de resultaten doen de huisartsen in de Bijlmermeer dit wel. Veelal wordt hiermee een pijnsyndroom bij stress bedoeld, waarbij een verstoorde darmmotiliteit wordt verondersteld. Slechts in een klein deel van de gevallen is de specialistische diagnose gesteld (11 procent).

Of de huisartsen in de loop der jaren

steeds dezelfde criteria gebruikt hebben, is niet te achterhalen. Evenmin zijn er gegevens om vast te stellen of er van een specifieke onder- of overreporting sprake is. Naar de betrouwbaarheid van de diagnostiek van de huisarts is geen nader onderzoek gedaan. Hiervoor zouden verschillende artsen dezelfde patiënten liefst meermalen moeten onderzoeken, iets wat in de huidige setting niet goed mogelijk leek.

Het gevonden percentage – 11,7 procent – is hoger dan wij verwacht hadden. Het is evenwel niet goed te vergelijken met de resultaten van de Nederlandse en Engelse onderzoekers. Het onderzoek van *Grant Thompson and Heaton* gaat niet over patiënten die ooit bij de dokter geweest zijn, maar over een niet-aselecte groep „gezonde” personen. Hun gegevens zijn wel retrospectief verzameld, maar het zijn antwoorden op vragen

Tabel 6. Aantallen patiënten met en zonder IBS per leeftijdsgroep.

Leeftijdsgroepen	Wel IBS	Geen IBS	Totaal
15 - 19 jaar	11	126	137
20 - 29 jaar	54	487	541
30 - 39 jaar	61	442	503
40 - 49 jaar	28	175	203
50 - 59 jaar	25	120	145
Totaal	179	1350	1529

Tabel 7. Aantallen patiënten met en zonder IBS naar geslacht.

Geslacht	Wel IBS	Geen IBS	Totaal
Mannen	48 (6,1%)	740	788
Vrouwen	132 (17,7%)	610	741
Totaal	179	1350	1529

$$\chi^2 = 109,87; \text{dF} = 1; \text{P} = 0,0.$$

Tabel 8. Aantallen patiënten met IBS naar geslacht/nationaliteit (praktijken C en D).*

	Mannen			Vrouwen		
	Buitenlanders	Nederlanders	Totaal	Buitenlanders	Nederlanders	Totaal
Wel IBS	11	20	31	55	35	80
Geen IBS	178	245	432	112	232	344
Totaal	189	274	463	157	267	424
	Niet significant			$\chi^2 = 29,3; \text{dF} = 1; \text{P} = 0,005.$		

* Bij eenendertig patiënten uit praktijk C was de nationaliteit niet te achterhalen (IBS 2, geen IBS 29). Deze patiënten zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 9. Aantal diagnosen IBS per onderzoeker in de praktijken C en D.

Onderzoekers	Wel IBS	Geen IBS	Totaal
5	29	203	232
6	32	215	247
7	27	189	216
8	30	198	228

$$\chi^2 = 0,948; \text{dF} = 3; \text{P} = 0,8137.$$

over het voorafgaande jaar. Het is dan ook de vraag of niet veel meer de klachten-geneigdheid dan het daadwerkelijk hebben van de klachten gemeten is. Ons onderzoek heeft betrekking op patiënten die de beslissing hebben genomen hun huisarts te raadplegen, en bij wie – na onderzoek – de diagnose IBS is gesteld. Het verschil met het onderzoek van Lamberts zit vooral in de veel langere en ook veel wisselender observatieperiode. Wij hebben geen correctie gemaakt voor de personen die heel kort in de praktijk staan ingeschreven. Deze groep heeft soms een wat ander consumptiepatroon dan de langer ingeschrevenen, waardoor de detectiekans beïnvloed kan worden. Door de soms lange klachtenvrije perioden kan een deel van de IBS-patiënten gemist worden bij een onderzoeksperiode van één à twee jaar.

Ons onderzoek werd verricht in een populatie met een hoge migratie (30 procent). Bij de opzet van het onderzoek is daar onvoldoende rekening mee gehouden. Bij analyse achteraf in een van de praktijken bleek 50 procent van de patiënten uit de steekproef na 1976 te zijn ingeschreven. Bij deze groep werden 35 procent van de IBS-patiënten gevonden. Bij de patiënten die korter dan een jaar waren ingeschreven was dat slechts 2 procent. Bij een retrospectief onderzoek is niet te zeggen of patiënten met het IBS meer of minder kans hebben om in een praktijk te blijven. Correctie voor de factor migratie is daardoor achteraf niet mogelijk.

Onze opvatting *eens IBS, altijd IBS* heeft ertoe geleid dat wij afgezien hebben van het vaststellen van het tijdstip waarop de diagnose voor het eerst werd gesteld. Hierdoor is niet alleen het verband tussen de inschrijvingsduur en het stellen van de diagnose niet goed vast te stellen, maar ook de interpretatie van de leeftijdsverdeling wordt bemoeilijkt. Indien we immers uitgaan van een blijvende predispositie voor het krijgen van het IBS, is het verwonderlijk dat er een tendens bestaat dat de diagnose vaker op oudere leeftijd wordt gesteld. Met de gegevens die wij verzameld hebben, kunnen we alleen de conclusie trekken

dat de huisartsen de diagnose stellen bij alle leeftijdsgroepen. Voor het toetsen van de hypothese dat het IBS alleen voorkomt bij daartoe gepredisponerde personen is een ander type onderzoek nodig, waarbij rekening wordt gehouden met de kans op het stellen van de diagnose, de mogelijk lange klachtenvrije perioden en het verband tussen leeftijd, inschrijvingsduur en migratie. Een onverwachte uitkomst was de hoge frequentie waarmee de diagnose bij de buitenlandse vrouwen werd gesteld. Het is niet ondenkbaar dat een vooroordeel van de artsen hier een rol speelt; één equivalent voor de term IBS was het „Surinaamse buik syndroom”. Evenzeer echter kunnen culturele verschillen in klachtenpresentatie, doktersbezoek of verwerking van emotie een rol spelen. Rasgebonden verschillen in prikkelbaarheid van de darm kunnen naast verschillen in voeding een rol spelen. Ook hier zal men bij het zoeken naar een verklaring voor het verschil tussen buitenlandse mannen en vrouwen rekening moeten houden met de kans dat de diagnose gesteld wordt door de huisarts en de invloed die migratie, inschrijvingsduur en herkenning door de huisarts daarop hebben.

Een descriptieve studie als ons onderzoek levert vooral uitgangspunten voor verder onderzoek. Dit zal zich met name moeten richten op de aard en de kwaliteit van de diagnostiek van de huisarts, op het natuurlijke beloop en het spectrum van de klachten die onder de term IBS gevat worden. Het onderzoek zal zorgvuldig opgezet moeten worden om populatiekenmerken en invloeden van dokter of onderzoeker afzonderlijk te kunnen bestuderen. In een stedelijke omgeving als de Amsterdamse Bijlmermeer zijn, ondanks de migratie, zeker voldoende patiënten aanwezig om dit in de huisartspraktijk te kunnen doen.

Samenvatting. In het kader van een onderwijsproject werd door acht medische studenten een retrospectief onderzoek verricht naar de frequentie van de diagnose irritable bowel syndroom (IBS) in de huisartspraktijk. Hiertoe werden in

vier huisartspraktijken in Amsterdam-Bijlmermeer in totaal 1529 – via aselechte steekproeven verkregen – patiëntenkaarten onderzocht. Hiervan bleken 179 kaarten (12 procent) de, door huisarts of specialist gestelde, diagnose IBS te bevatten. De diagnose kwam in alle leeftijdsgroepen voor, meer bij vrouwen dan bij mannen. De diagnose werd het meest gesteld bij buitenlandse vrouwen.

Voorts wordt aandacht besteed aan de methodologische problemen bij een dergelijk retrospectief kaartstelsysteem-onderzoek waarbij verschillende onderzoekers betrokken zijn.

Summary. The diagnosis irritable bowel syndrome in general practice.

In the context of a teaching project, eight medical undergraduates performed a retrospective study of the frequency of the diagnosis irritable bowel syndrome in general practice. For this purpose 1529 patients registration cards generated by random sampling in four general practices in Amsterdam-Bijlmermeer were examined. Of these, 179 cards (12 percent) proved to show the diagnosis, made by the general practitioner or by a specialist. The diagnosis occurred in all age groups, more in females than in males. It had been most frequently made in foreign females.

The methodological problems of a retrospective card index study by several investigators are also discussed.

Grant Tompson, W. and W. J. Heaton. Functional bowel disorders in apparently health people. (1980) *Gastroenterology* **79**, 283-288.

Lamberts, H. De morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord (1975) *Huisarts en Wetenschap* **18**, 7-42.

Latimer, P., S. Sarna, D. Campbell et al. Colonic motor and myoelectrical activity: a comparative study of normal subjects, psychoneurotic patients and patients with irritable bowel syndrome. (1981) *Gastroenterology* **80**, 893-901.

Meijer, J. S. Het irritable bowel syndroom: een bruikbaar begrip voor de huisarts? (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 214-221.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1969.