

# Irritable bowel syndrome: het kernsyndroom

## Diagnostiek en handelen door huisartsen

J. S. MEIJER\*

Bij de registratie van het *irritable bowel syndrome* in het kader van het Peilstationsproject Amsterdam bleken zich aanzienlijke verschillen voor te doen tussen de deelnemende praktijken. Deze observatie was aanleiding tot een enquête-onderzoek onder de deelnemende huisartsen over hun opvattingen over het al dan niet bestaan van een eenduidig syndroom, en de gehanteerde diagnosecriteria. Uit de antwoorden valt een duidelijk kernsyndroom te distilleren, dat het meest overeenkomt met de spastisch colonvariant uit de specialistische literatuur. Voorts blijkt dat de diagnose met eenvoudige middelen is te stellen. Voor epidemiologische doeleinden voldoet het syndroom bovendien aan de inclusie-criteria van de ICHPPC-2.

## Inleiding

Over de diagnostische criteria voor de diagnose *irritable bowel syndrome* (IBS) bestaat in de literatuur geen eenstemmigheid.<sup>1,2</sup> Bovendien is het beeld dat door de specialisten wordt getekend, zeer gedetailleerd en waarschijnlijk gekleurd door de selectie van hun patiënten, terwijl de huisarts deels andere en vermoedelijk ook minder gedetailleerde diagnosecriteria hanteert.

Van specialistische kant is door Manning in 1978 bij patiënten op een gastroenterologische polikliniek onderzocht welke anamnestiche gegevens discrimineerden tussen functionele en organische stoornissen. Hij vond dat een bepaalde combinatie van verschijnselen vrijwel uitsluitend bij het IBS voorkwam en stelde voor op grond van een dergelijke combinatie een positieve diagnose te stellen.<sup>3</sup> In navolging van hem heeft Kruis<sup>4</sup> – eveneens in een polikliniek – een poging gedaan een eenvoudig te bepalen diagnostische score voor het IBS op te stellen (*bijlage op pag. 206*).

Soortgelijke min of meer bruikbare diagnostische hulpmiddelen ontbreken voor de huisartspraktijk, wat betekent dat in de praktijk waarschijnlijk zeer

uiteenlopende diagnostische criteria zullen worden gehanteerd.

Dat dit inderdaad het geval is, blijkt uit de registratie over 1981 van het IBS in het kader van het Amsterdamse Peilstationproject. Het probleem van de diagnostische criteria is hierbij „opgelost” door onderscheid te maken tussen *zekere diagnoses* (als een specialist organische oorzaken had uitgesloten) en *vermoedens* (als de diagnose alleen door de huisarts was gesteld). Uit *tabel 1* blijkt dat zich bij de registratie zeer grote verschillen hebben voorgedaan tussen de deelnemende praktijken.<sup>5</sup> Deze verschillen zijn ongetwijfeld voor een deel toe te schrijven aan verschillen in populatie door het sterk wisselend aantal buitenlanders per praktijk; daarnaast ligt echter de veronderstelling voor de hand dat de betrokken huisartsen niet hetzelfde hebben verstaan onder IBS, en uiteenlopende criteria hebben gehanteerd bij het stellen van de diagnose.

**Tabel 1 – Table 1.** Gegevens betreffende het voorkomen van het irritable bowel syndrome in 26 Amsterdamse huisartspraktijken in 1981<sup>a</sup> – Data on the incidence of irritable bowel syndrome in 26 Amsterdam general practices in 1981<sup>a</sup>.

	Mean	Range	Median
Incidence per 10,000 patients per year	135	49-447	113
Sex ratio (female/male)	2.8	0.3-20.5	1.6
Percentage of definite diagnoses	2.1	0 -57	2.8

<sup>a</sup> In all practices registration continued at least 30 weeks. Source: Sentinel Project Amsterdam.<sup>5</sup>

Deze observatie was aanleiding tot een onderzoek naar de opvattingen van de deelnemende huisartsen over het IBS. Daarbij ging het in het bijzonder om de gehanteerde diagnosecriteria en om de vraag of er gesproken kan worden van een eenduidig syndroom. Tevens is gevraagd hoe men in het algemeen handelt bij het vermoeden op functionele buikklachten c.q. IBS.

## Methoden

Aan alle deelnemers (n = 30) aan het Peilstationproject is een uit twee delen bestaande vragenlijst voorgelegd. Bij het deel over de diagnostische criteria is van elk criterium dat in de specialistische literatuur als kenmerkend voor het IBS wordt beschreven, gevraagd of dit ook karakteristiek is voor het beeld dat de betreffende huisarts van de aandoening heeft. Het tweede deel had betrekking op de stappen die de huisarts neemt om tot de diagnose IBS te komen. Daarbij is gevraagd hoe de huisarts gewoonlijk reageert op de klacht „Ik heb zo'n pijn in mijn buik” en naar het belang dat hij toekent aan de verschillende soorten informatie die de patiënt verstrekt. Bij beide vragen waren acht mogelijke antwoorden gegeven en de respondent diende deze antwoorden te voorzien van de rangnummers 1 t/m 8. Bij de verwerking van de antwoorden zijn deze rangnummers opgevat als scores: deze scores zijn per antwoord opgeteld en vervolgens gemiddeld.

Tenslotte is gevraagd naar de behandeling, omdat diagnose en therapie in de praktijk vaak door elkaar lopen.

## Resultaten

In *tabel 2* is voor alle mogelijke kenmerken van het IBS aangegeven, welk percentage huisartsen dat kenmerk karakteristiek of noodzakelijk acht voor het stellen van de diagnose. Bij een overeenstemming van 70 procent of meer (+ in de tabel) is geconcludeerd dat het betreffende kenmerk behoort tot het kernsyndroom IBS zoals dat door de

\* Huisarts, wetenschappelijk hoofdmedewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

huisarts wordt gezien (tabel 3). Dit kernsyndroom komt het meest overeen met de *spastisch colon*-variant van het IBS uit de specialistische literatuur. Bij 60 procent van de huisartsen is de term IBS equivalent aan de term spastisch colon, en deze term wordt ook het meest in hun kaartsysteem gebruikt. Het stereotiepe beeld van de IBS-patiënt – een Nederlandse gezonde, nerveuze vrouw van 25-45 jaar – komt niet geheel

overeen met de feitelijke gegevens uit de peilstations. Daar werd de diagnose vooral in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar gesteld, met een aanzienlijke spreiding over de leeftijdsgroepen en geslachten.

In tabel 4 zien we de gemiddelde „scores” op de gegeven reacties op de klacht „Ik heb zo’n pijn in mijn buik”. Opvallend is dat deze klachten kennelijk voor

de meeste deelnemers geen speciale prikkel zijn om zich rekenschap te geven van hun eigen gevoelens; zij reageren niet anders dan bij andere klachten. De deelnemers voor wie dit niet geldt, ervaren vooral negatieve gevoelens. Uit tabel 5 blijkt dat de huisarts bij het stellen van de diagnose vooral afgaat op informatie van de patiënt en bijna niet op wat hij bij zichzelf ervaart. Het vermogen om te onderscheiden tussen *pluis*

**Tabel 2 – Table 2.** *Mate van overeenstemming met betrekking tot de als karakteristiek beschouwde kenmerken van het IBS volgens de 30 deelnemers aan het Amsterdamse Peilstationproject (– is < 50 procent; ± is 50-70 procent; + is ≥ 70 procent) – Degree of agreement about IBS features considered characteristic according to the 30 participants in the Amsterdam Sentinel Project (– is < 50 percent; ± is 50-70 percent; + is ≥ 70 percent).*

<i>Onset of symptoms</i>	–	– carcinophobia	–	<i>Findings at examination of abdomen</i>	
– 2-5 years before first examination	–	– gloom	–	– distended	±
– already present in childhood	+	– insomnia	–	– cicatrices	–
<i>Duration of symptoms</i>		<i>Central nervous system symptoms</i>		– normal peristalsis	±
– longer than 3 months	–	– tension-type headaches	±	– tympany increased	±
– alternating symptomatic and asymptomatic periods	+	– dizziness	–	– damping normal	+
<i>Nature of symptoms</i>		<i>Circulatory system symptoms</i>		– liver, spleen not palpable	+
– only constipation	–	– palpitations	–	– caecum swollen	–
– alternately constipation and diarrhoea	+	– vascular instability	–	– caecum painful	±
<i>Type of stools</i>		<i>Respiratory system symptoms</i>		– descending colon adhesion	±
– hard, fragmented	+	– stabbing chest pain	–	– descending colon painful	+
– soft, pulpy	–	<i>Digestive system symptoms</i>		<i>Findings at rectal touch</i>	
– mucus	–	– globus	–	– high sphincter tension	±
<i>Pain</i>		– aerophagia	–	– pain at examination	–
– diffuse in upper abdomen	–	– nausea without vomiting	±	– haemorrhoids, anal fissure	–
– in right lower quadrant	±	<i>Genito-urinary system symptoms</i>		– scybala	–
– in left lower quadrant	+	– frequent micturition	–	<i>Findings at vaginal touch</i>	
– alleviation after defaecation	±	– dysmenorrhoea	–	– pain at abdominal wall	–
– develops 15-20 minutes after meal	–	– dyspareunia	–	<i>Laboratory findings</i>	
– passage of flatus alleviates pain	–	<i>General data on patients</i>		– blood: ESR, Hb normal	+
– spasmodic to colicky	±	– 15-24 years old	–	– blood: leucocyte count and differential count normal	±
– radiating to chest, back, inguinal region	–	– 25-34 years old	±	– blood: liver functions normal	±
<i>Flatus</i>		– 35-44 years old	±	– urine: albumin, reduction, sediment	±
– abdomen quickly distended after meals	±	– 45-54 years old	–	– faeces: occult blood negative	+
– borborygmi	±	– female	+	– faeces: parasites, culture	–
– frequent eructation	–	– born in The Netherlands	+	<i>Need for further studies</i>	
<i>Food intolerance</i>		<i>General impression</i>		– rectoscopy	–
– milk	–	– in good health	+	– colon roentgenography	±
<i>General symptoms</i>		– good nutritional condition	±	<i>Medical history</i>	
– fatigue	–	– nervous	+	– high medical consumption	+
– anxiety	±	– depressive	–	– abdominal pain in childhood	+
		– insincere (discrepancy between complaint and findings)	–	– frequent visits to specialists	±

**Tabel 3 – Table 3.** *Het kernsyndroom volgens de huisarts – The essential syndrome according to the general practitioner.*

<i>Symptoms</i>	<i>General impression</i>	<i>Laboratory findings</i>
– recurrent symptoms	– in good health	– normal ESR
– alternately constipation and diarrhoea	– nervous	– normal Hb
– pain in left lower abdominal quadrant	<i>General physical examination</i>	– occult blood negative
– often hard, fragmented stools	– no abnormalities	<i>Medical history</i>
	<i>Examination of the abdomen</i>	– abdominal pain in childhood
	– normal damping	– high medical consumption
	– liver/spleen not palpable	– frequent visits to specialists
	– painful descending colon	

en *niet-pluis*, is voor de huisarts blijkbaar eerder een cognitieve dan een emotionele activiteit.

Van de huisartsen vindt 66 procent deze informatie voldoende om te kiezen tussen een functionele en een organische genese, 70 procent vraagt het oordeel van de patiënt zelf hierover en 75 procent

bespreekt de eigen hypothese met de patiënt.

Na het vormen van een hypothese kan de huisarts door anamnese en onderzoek nauwkeuriger onderscheiden tussen functioneel of organisch. In de *figuur* is weergegeven hoe dit in de praktijk gebeurt.

Bij de anamnese wordt, behalve naar somatische klachten, vooral gezocht naar een samenhang met levensgebeurtenissen. Het lichamelijk onderzoek – ook verricht als men het niet nodig acht voor een nader onderscheid tussen functioneel en organisch – is in 70 procent van de gevallen alleen op de buik

**Tabel 4 – Table 4.** De primaire reacties op de klacht „Ik heb zo'n pijn in mijn buik” en de gemiddelde scores<sup>a</sup> – The primary reactions to the complaint „My abdomen hurts” and the mean scores.<sup>a</sup>

1. Trying to define the substance of the complaint	2.2
2. Elucidating the request for help	3.4
3. Determining the medical history	4.1
4. Asking for the patient's own explanation	4.2
5. Asking for the significance of the complaint	4.7
6. Watching the manner of presentation	5.2
7. Realizing (the physician's) own feelings	5.8
8. Watching the patient's active or passive attitude	6.4

<sup>a</sup> The respondents were to assign a rank number to the eight possible answers. These rank numbers were taken as scores, summated per answer and divided by 30.

**Tabel 5 – Table 5.** Het relatieve belang van de ontvangen informatie voor het vormen van een hypothese<sup>a</sup> – The relative value of the information received for making a hypothesis.<sup>a</sup>

1. Answer to anamnestic questions	2.5
2. General impression	3.0
3. Relationship between conditions of life and occurrence of symptoms	3.8
4. Medical history	4.3
5. Alarm value of symptoms	4.6
6. Life history	5.6
7. Physician's intuition	5.9
8. Physician's emotional reaction	6.1

<sup>a</sup> The respondents were to assign a rank number to the eight possible answers. These rank numbers were taken as scores, summated per answer and divided by 30.

## Synopsis

### Meijer JS. Irritable bowel syndrome: the essential syndrome. Diagnosis and procedure in general practice. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 192-6, 206.

**Introduction.** The literature shows no consensus about the diagnostic criteria for the diagnosis *irritable bowel syndrome* (IBS); this implies that widely diverse diagnostic criteria are probably applied in actual practice. The 1981 IBS registration in the context of the Amsterdam Sentinel Project shows that this is indeed the case (*table 1*). This observation prompted a study of the views of 30 participating general practitioners on IBS, with special reference to the diagnostic criteria applied and to the question whether IBS can be regarded as an unequivocal syndrome. Another question considered was one regarding the procedure generally prompted by a suspicion of functional abdominal symptoms (i.e. IBS). **Methods.** All participants in the Amsterdam Sentinel Project received a two-part questionnaire. The part on diagnostic criteria listed all criteria described as characteristic of IBS in the specialized literature and asked, for each criterion, whether the respondent also regarded this as a characteristic feature of IBS. The second part concerned the usual procedure of the general practitioner in order to establish the diagnosis IBS. The general practitioner was asked to describe his usual procedure in response to the complaint „My abdomen hurts” and to state which importance he attached to the various kinds of information provided by the pa-

tient. Eight possible answers were suggested with both questions, and the respondent was asked to assign the rank numbers 1 through 8 to these answers. In the analysis of the answers these rank numbers were regarded as scores. Finally, this part contained questions about therapy because in actual practice diagnosis and therapy are often interwoven.

**Results.** *Table 2* indicates for each of a wide variety of IBS features the percentage of respondents who regarded that feature as characteristic or essential to making a diagnosis. A degree of agreement of 70 percent or more (+ in the table) was held to indicate that the feature in question was part of the essential syndrome IBS as viewed by the general practitioner (*table 3*).

The stereotype of the IBS patient – a healthy, nervous Dutch woman aged 25-45 years – does not fully correspond with the actual data from the Sentinel Project (diagnosis made mostly in age group 20-24 years, with a considerable age and sex distribution).

*Tables 4 and 5* show that general practitioners attach little importance to their own primary feelings but rely mostly on the information provided by the patient.

Once a hypothesis is made, the general practitioner is better able to differentiate between functional and organic on the basis of anamnestic and physical findings. The *figure* shows how this is done in actual practice.

*Table 6* lists the various therapeutic interventions. All except one of the general practitioners preferred personally to treat the patients. In 67 percent this led to appointments for a follow-up. In some 50

percent of cases the number of repeat encounters was limited to one or two.

**Discussion.** The views of these Amsterdam general practitioners on the essential IBS syndrome and on the diagnosis of functional abdominal symptoms support the postulate in the specialized literature that the diagnosis of IBS is simple. A consistent approach – taking complaints seriously, elucidating the request for help, physical examination which fulfils the patient's expectations, explanation of the correlation between the symptoms and life events and pattern of nutrition – usually reassures the patient and causes the symptoms to diminish (although they probably do persist).

In epidemiological terms the essential syndrome is sufficiently unequivocal for general practice. The information required for a diagnosis can be obtained without difficulty. For international comparison, too, the diagnostic criteria meet the inclusion criteria of the International Classification of Health Problems in Primary Care as defined in the ICHPPC-2-Defined.<sup>9</sup> For a diagnosis of IBS, two criteria have to be fulfilled:

- continuous or intermittent abdominal pain and a varying pattern of defaecation of more than three months' standing;
- one of the following criteria: increased flatulence, tender and palpable colon or mucus in the stools without admixture of blood.

**Keywords:** Diagnosis; Family practice; Irritable bowel syndrome.

**Address of author:** Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

gericht. Slechts zelden wordt de patiënt verzocht zich uit te kleden om een algemeen onderzoek te ondergaan. Laboratoriumonderzoek wordt door 63 procent van de huisartsen noodzakelijk gevonden. Door 13 procent wordt als regel een rectoscopie aangevraagd, 50 procent laat een colon-inloop foto maken. Ondanks het feit dat het diagnostisch proces zich vaak over meer dan één consult uitstrekt, geeft 80 procent van de huisartsen tijdens het eerste consult reeds therapie. Bij 63 procent is dit een

manier om de hypothese indirect te toetsen. De verschillende therapeutische interventies zijn in tabel 6 vermeld. Op één na vonden alle huisartsen dat zij de patiënten zelf dienden te behandelen. Dit leidt in 67 procent van de gevallen tot het afspreken van een controle-bezoek. In de helft van de gevallen is het aantal herhalingscontacten beperkt tot één of twee. Op de vraag hoe men zou reageren als de patiënt na het onderzoek en de therapeutische adviezen zou vragen om een

verwijzing naar een specialist, antwoordde de helft van de huisartsen dat men daarmee akkoord zou gaan. Iets minder dan de helft zou de verwijzing proberen te voorkomen door het verzoek in eerste instantie af te wijzen, naar het waarom te vragen of door nogmaals het klinische beeld van het IBS uit te leggen. Drie deelnemers zouden het verzoek als een relationeel probleem zien en de arts-patiënt relatie of de wederzijdse verwachtingen gaan bespreken.

Indien de huisarts zelf het initiatief neemt tot een verwijzing – ook al handhaaft hij zijn eigen diagnose functioneel – dan vormen het niet verdwijnen van de klachten, eigen onzekerheid en gebrek aan vertrouwen bij de patiënt de voornaamste motieven. Men hoopt dat de patiënt na het onderzoek meer toegankelijk is voor acceptatie van het functionele karakter van de klachten. Indien dat leidt tot verwijziging voor nadere gesprekken, heeft de maatschappelijk werker de voorkeur boven de psycholoog of psychiater.

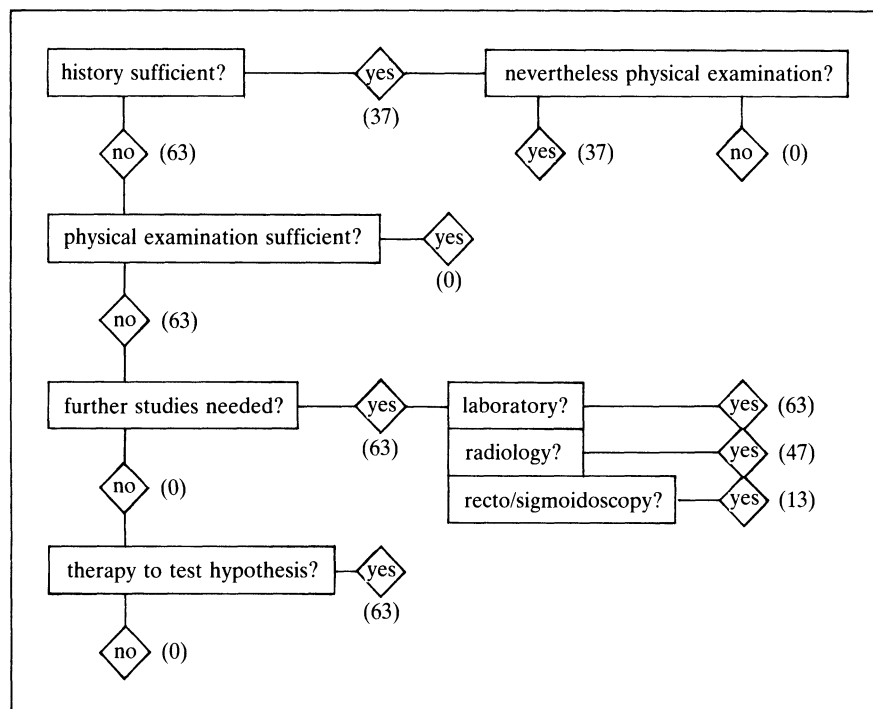
**Tabel 6 – Table 6.** Therapeutische interventies bij het IBS en de mate van overeenstemming daarover onder de deelnemers (percentages) – Therapeutic interventions in IBS and the degree of agreement about them among the participants (percentages).

Explanation	90
Reassurance	80
General advice	83
Advice about nutrition	97
Advice about way of life	53
Advice about luxury foods and stimulants	40
Advice about defaecation	57
Medication	67
– spasmolytics	67
– laxatives (including bran)	33
Discussions	77

## Beschouwing

De betrekkelijke waarde van de Amsterdamse incidentiecijfers wordt geïllustreerd door de cijfers uit het Monitoringproject (tabel 7): naast overeenkomsten zijn er ook grote verschillen. Het is daarom belangwekkend om na te gaan wat huisartsen nu eigenlijk onder het *irritable bowel syndrome* verstaan. De opvattingen van deze groep Amsterdamse huisartsen over het kernsyndroom van het IBS en over de diagnostiek van functionele buikklasten ondersteunen de stellingname uit de spe-

**Figuur – Figure.** Gereconstrueerde „beslisboom” bij het stellen van de diagnose IBS (percentages) – Reconstructed „decision tree” used in diagnosing IBS (percentages).



## Casuïstiek

Op het spreekuur komt een jonge Suri-naamse vrouw, vlot gekleed en gezond van uiterlijk, wegens pijn in de buik. Zij is bang een eileiderontsteking te hebben en wijst links en rechts onder in de buik waar de pijn zit. De pijn komt in aanvallen die uren kunnen duren. Zij kan dan soms niet lopen van de pijn en ligt dan stil in bed. Er is geen samenhang met de menstruatie en ook geen effect van eten op het ontstaan of verdwijnen van de pijn. Wel heeft ze snel een vol gevoel na eten en soms wat misselijkheid. Haar ontlasting komt om de twee à drie dagen, is soms hard maar meestal normaal. Hoewel ze recent het huis is uitgegaan, nadat ze tijdens een ruzie tussen haar ouders door haar vader fysiek is bedreigd, ziet ze geen verband tussen haar klachten en emotionele spanningen. Zij denkt aan een eileiderontsteking als een

laat gevolg van een vorig jaar ondergane abortus provocatus – waar zij overigens haar ouders niet van op de hoogte heeft gesteld.

Bij onderzoek van de buik is er alleen drukpijn over het verloop van het colon. Het vaginale onderzoek is pijnlijk, maar levert behoudens wat fluor geen duidelijke afwijkingen.

De huisarts zegt dat een eileiderontsteking onwaarschijnlijk lijkt, maar dat een bloed-onderzoek hierover meer duidelijkheid kan verschaffen. Patiënte krijgt een recept voor Buscopan compositum zetpillen met het advies ze alleen in noodgevallen te gebruiken. Een afspraak voor controle over één week wordt gemaakt.

Op de patiëntenkaart noteert de huisarts onder diagnose: „I.B.S.? P.M. nadere verkenningen van angstgevoelens.

cialistische literatuur dat de diagnose eenvoudig is te stellen. Zeker in de leeftijdsgroepen waarin het IBS het meest voorkomt, gaat het vooral om patiënten met incidentele problemen die tijdens enkele consulten kunnen worden opgelost. Vaak gaat het om buikklachten en ongerustheid bij gevoelige mensen met lichte defecatiestoornissen van het obstipatie-type. Door een consistente aanpak – serieus nemen van de klachten, verhelderen van de hulpvraag, lichamelijk onderzoek dat aan de verwachtingen van de patiënt voldoet, uitleg over de samenhang tussen enerzijds levensgebeurtenissen en voedingspatroon en anderzijds klachten – wordt de patiënt meestal gerustgesteld en nemen de klachten af, al blijven ze waarschijnlijk wel bestaan. Dit laatste mag men tenminste aannemen als men kijkt naar het veelvuldig voorkomen van het IBS bij bevolkingsonderzoek.<sup>7</sup> Over het algemeen zal men bij het onderzoek van buikklachten trachten vast te stellen of er sprake is van een organische of een functionele stoornis. Men laat zich daarbij leiden door rationele factoren, zoals de a priori kans op het bestaan van een bepaalde aandoening in een bepaalde leeftijdsgroep, en door emotionele factoren, waaronder de eigen onzekerheid en die van de patiënt. Het algemeen „imperatieve” karakter van een diagnose – er moet immers aan bepaalde criteria zijn voldaan – kan leiden tot een teveel aan diagnostiek bij patiënten bij wie een aandoening slechts in een milde, passagere vorm voorkomt. Dit kan zich gemakkelijk voordoen, wanneer men vasthoudt aan het criterium dat er geen afwijkingen op een colonfoto mogen zijn, hetgeen impliceert dat men niet over het IBS mag spreken, indien er geen colonfoto is gemaakt.

De criteria voor het IBS in de specialistische literatuur zijn afgeleid van patiënten die door de huisarts als „moeilijk” worden ervaren. Daardoor wordt de term *irritable bowel syndrome* veelal geassocieerd met negatieve gevoelens, die kunnen leiden tot een gespannen of overdreven neutrale relatie tussen huisarts en patiënt. Overdiagnostiek of defensieve verwijzing om maar van de patiënt af te zijn, kunnen in de plaats komen van het opbouwen van een relatie waarin plaats is voor begeleiding van emotionele problemen.

De indicatie voor uitgebreid onderzoek dient niet te worden bepaald door het vermoeden op het IBS, maar door de kans op het missen van een ernstige organische aandoening. Zo zal men bij

**Tabel 7 – Table 7.** Gegevens betreffende het voorkomen van het irritable bowel syndrome in het Amsterdamse Peilstationproject en het Monitoringproject – Data on the incidence of irritable bowel syndrome in the Amsterdam Sentinel Project and the Monitoring Project.

	Incidence <sup>a</sup>	F/M	Incidence per age group <sup>a</sup>					
			0-4	5-15	15-24	25-44	45-64	65+
Amsterdam Sentinel Project	135	2.8	6	39	159	184	135	67
Monitoring Project	148	2.8	40	68	135	191	178	146

<sup>a</sup> Incidence figures per 10,000 patients per year.

langdurige diarree onder andere naar een chronische giardiasis moeten zoeken en boven de leeftijd van 45 jaar in het bijzonder op de aanwezigheid van maligniteiten gespitst moeten zijn. Het klachtenpatroon van de IBS alleen is niet voldoende om de diagnose te stellen.

In epidemiologische zin is voor de huisartspraktijk het kernsyndroom voldoende duidelijk. De informatie die nodig is voor het stellen van deze diagnose, is eenvoudig te verkrijgen. Ook voor internationale vergelijking voldoen de diagnostische criteria aan de inclusiecriteria van de International Classification of Health Problems in Primary Care zoals die in de ICHPPC-2-Defined zijn vastgelegd.<sup>8</sup> Voor het IBS moet aan twee criteria zijn voldaan:

- een continue of intermitterende buikpijn en een wisselend defecatiepatroon dat meer dan drie maanden bestaat;
- een van de volgende criteria: versterkte flatulentie, gevoelig en palpabel colon, of slijm in de faeces zonder bloedbijmenging.

Vergelijkt men het kernsyndroom met het scoringssysteem van *Kruis e.a. (bijlage)*, dan valt de grote mate van overeenstemming op. De huisartsen verschillen evenwel van de specialisten in zoverre dat zij meer nadruk leggen op de lokalisatie van de pijn en minder belang hechten aan de aard en de duur van de pijn. Bij het laboratoriumonderzoek benadrukken de specialisten de leukocytose, terwijl de huisartsen veel waarde toekennen aan de occult bloedtest. Het gedrag van de patiënt als consument van de gezondheidszorg wordt bovendien door de specialisten niet in hun systeem betrokken.

Een weging van het relatieve gewicht van de samenstellende kenmerken van het kernsyndroom IBS zal nog moeten plaatsvinden. Vooralsnog is het specialistische scoringssysteem eerder een prikkel om het IBS in huisartsgeneeskundige zin te onderzoeken dan het laatste woord. Het natuurlijke beloop van de aandoening zoals dat door de

huisarts bestudeerd kan worden, zal daarbij de plaats van het specialistische onderzoek als gouden standaard voor het stellen van de diagnose kunnen innemen. Zowel door continue als gelijktijdige registratie van klacht, diagnose en verrichting zal het mogelijk zijn niet alleen opvattingen maar ook het feitelijke handelen van huisartsen vast te stellen.

<sup>1</sup> Meijer JS. Het irritable bowel syndrome: een bruikbaar begrip voor de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 214-21.

<sup>2</sup> Meijer JS. De diagnose irritable bowel syndroom in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 274-8.

<sup>3</sup> Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978; ii: 653-4.

<sup>4</sup> Kruis W, Thieme Ch, Weinzierl M, et al. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology* 1984; 87: 1-7.

<sup>5</sup> Meijer JS. Irritable bowel syndrome. Jaarverslag 1981. Amsterdamse Peilstation Project, 21-25, 54-56.

<sup>6</sup> Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

<sup>7</sup> Sandler RS, Drossman DA, Nathan HP, et al. Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1984; 87: 314-8.

<sup>8</sup> Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-Defined. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1983.

*Bijlage op pag. 206.*