

Buikpijnaanvallen bij jonge vrouwen: IBS of toch galstenen?

J.J.I. VAN GRIETHUYSEN

**Aan de hand van vier ziektegeschiedenis-
sen wordt beschreven dat ook bij jonge
vrouwen met buikpijnaanvallen wisselend
in onder- en bovenbuik, vaker gedacht
moet worden aan de mogelijkheid van gal-
steenlijden.**

**Van Griethuysen JJI. Buikpijnaanvallen
bij jonge vrouwen: IBS of toch galstenen?
Huisarts Wet 1990; 33(11): 437-9.**

Mw. J.J.I. van Griethuysen, huisarts, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam.

Inleiding

Recidiverende buikpijnaanvallen komen regelmatig voor in de huisartspraktijk, ook bij jonge vrouwen. Bij hen zal in eerste instantie gedacht worden aan functionele buikklachten – het ‘Irritable Bowel Syndrome’ (IBS) – wanneer deze aanvallen:

- wisselend links en rechts in boven- en onderbuik voorkomen;
- gepaard gaan met darmmotiliteitsstoornissen (afwisselend diarree en/of obstipatie);
- optreden zonder koorts of gewichtsverlies;
- ontstaan of verergeren bij psychische spanningen.

In vergelijking met andere aandoeningen in de buik heeft het IBS bij vrouwen een hoge incidentie: in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar 16,3 per 1000 patiënten.¹ Daarom zal men ook bij meer gelokaliseerde en aanhoudende pijnklachten zonder koorts of gewichtsverlies vooral aan IBS denken. Wanneer de pijn meer in de onderbuik is gelokaliseerd, moet zeker bij jonge vrouwen eerst een gynaecologische aandoening worden uitgesloten. Bij jonge patiënten met dezelfde klachten, maar met koorts of gewichtsverlies moet de diagnose M. Crohn nog overwogen worden.²

Blijken de pijnaanvallen vooral in de (rechter) bovenbuik gelokaliseerd, dan komen bij jonge vrouwen na het IBS maar weinig andere mogelijkheden in aanmerking. De mogelijkheid van galsteenlijden – therapeutisch een dankbare diagnose – wordt daarbij snel en gemakkelijk over het hoofd gezien. Dit komt vooral doordat de incidentie van galsteenaanvallen zo laag is: in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar 1,15 per 1000 patiënten,¹ een factor 10 lager dan de incidentie van IBS.

De diagnose IBS wordt meestal gesteld na het uitsluiten van andere organische oorzaken van de pijnaanvallen.³ Hiertoe behoren enkele laboratoriumbepalingen, zoals BSE, leuko's, differentiatie, faeces en urine-onderzoek. Deze bepalingen zijn bij IBS nooit, en bij galsteenlijden bijna nooit afwijkend. Een echo van de bovenbuik zou de diagnose galsteenlijden kunnen bespoedigen, maar het maken van een echo behoort niet tot het routine-onderzoek in de

huisartspraktijk wanneer gedacht wordt aan IBS.

Afgezien van de aan leeftijd gerelateerde incidentieverchillen, is er veel overeenkomst in de symptomatologie van het IBS en galsteenlijden. Daarom laat ik aan de hand van vier ziektegeschiedenissen zien hoe deze overeenkomsten er soms toe kunnen leiden dat galblaaspathologie niet wordt herkend. Per geval wordt uitgelegd waarom aan de diagnose IBS werd getwijfeld.

Klachten

Het IBS komt vooral voor bij personen van 20-50 jaar. Het syndroom wordt gekenmerkt door een combinatie van klachten.⁴ De meest typerende hiervan zijn:

- de buikpijn komt steeds terug, is krampachtig tot koliekachtig, en bestaat bij het eerste onderzoek vaak al 2-5 jaar;
- het defecatiepatroon wisselt (zowel diarree als verstopping);
- dyspeptische klachten (zoals een vol gevoel en misselijkheid, vaak vlak na de maaltijd);
- de patiënt heeft ook nerveuze klachten. Bij lichamelijk onderzoek worden meestal geen afwijkingen gevonden, behalve een gevoelige buik. De buik is vooral linksonder pijnlijk. Soms is er een diffuse gevoeligheid in de bovenbuik. Het laboratoriumonderzoek geeft geen afwijkingen. In de anamnese worden vaak psychische problemen genoemd. Als kind hadden patiënten vaak buikklachten en ze bezochten daaroor veel de huisarts.

Galblaas- en galsteenlijden neemt met de leeftijd toe. De volgende symptomen zijn karakteristiek:

- de pijnaanvallen duren ongeveer 15 minuten en komen meestal snel na de maaltijd;
- de pijn is gelokaliseerd in de bovenbuik en straalt soms uit naar de rug;
- een kwart van de pijnaanvallen is koliekachtig;
- dyspeptische klachten (zoals een vol gevoel, opboeren, misselijkheid en braken vlak na een maaltijd).⁵

Koortspeiken of langer durende aanvallen wijzen eerder op een acute cholecystitis/ cholangitis. Langdurige vagel klachten met

algemene malaise en subfebrile temperatuur wijzen op een chronische cholecystitis. Bij lichamelijk onderzoek wordt meestal alleen pijn in de bovenbuik/epigastrio aangegeven. Wanneer er alleen sprake is van galsteenpathologie levert het laboratorium onderzoek meestal geen afwijkingen op.

Patiënte 1

Patiënte (27 jaar) meldt zich voor de eerste keer in onze praktijk. In de voorgeschiedenis zijn geen ziekten bekend. Als medicatie gebruikt zij alleen orale anticonceptie. Ze is mager en heeft al zes jaar aanvallen van buikpijn: krampen die direct na de maaltijd beginnen. De pijn begint in de bovenbuik (epigastrio) en trekt naar beneden en naar het midden van de rug. Daarbij is ze misselijk. Af en toe gaat de aanval gepaard met braken.

De vorige huisarts verwees haar naar de internist. Deze vond bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. Ook het laboratoriumonderzoek leverde geen afwijkingen op. Op grond van de gespannen indruk die patiënt maakte, concludeerde de internist dat de afwijking psychogeen was. Patiënte voelt zich door deze diagnose wanhopig. Ze is van mening dat de oorzaak van haar klachten lichamelijk is.

Omdat de klachten regelmatig gepaard gaan met braken, vraag ik een galblaasfoto aan. De galblaas blijkt vol stenen te zitten.

Patiënte heeft na de cholecystectomie-operatie, nu meer dan vijf jaar geleden, geen buikpijn meer gehad. Ze is alleen nog op het spreekuur geweest voor anticonceptieregeling.

Patiënte 2

Patiënte (21 jaar) is sinds één jaar in onze praktijk. Ze heeft een licht overgewicht en wil vermageren. Ziektegeschiedenis: operatie meniscus en abcesje mamma. Geen medicatie. Al langer dan drie jaar is ze 's ochtends en na het eten snel misselijk. Sinds enkele maanden krijgt ze ook een vol gevoel in de bovenbuik. Soms geeft ze over na het gebruik van melkprodukten. Verdere klachten: darmkrampen en wisselende defecatie.

Er treedt geen verbetering op met een

lactosevrij dieet. Patiënte heeft spanningen door de studie, die niet goed verloopt; ze overweegt om te stoppen. De klachten blijven bestaan. Na het eten van een taartje moet ze een hele dag braken. Dat is de aanleiding om verder onderzoek te doen. Echo van de bovenbuik en een röntgenfoto van de galblaas tonen een geschrompelde galblaas met stenen aan.

De cholecystectomie-operatie vond twee jaar geleden plaats. Sindsdien heeft ze geen buikklachten of andere functionele stoornissen meer gehad.

Patiënte 3

Patiënte (26 jaar) heeft Cara en migraine in de voorgeschiedenis. Zij is sinds vier jaar in onze praktijk en komt bijna ieder jaar terug met wisselende buikklachten. Ze is aanvankelijk misselijk, heeft een opgeblazen gevoel, darmkrampen, en pijn links onder in de buik. Later verandert de pijn meer in aanvallen van bovenbuikspijnen. Deze gaan gepaard met diarree, maar niet met braken. Op 22-jarige leeftijd werd elders de diagnose IBS gesteld. Patiënte is zeer gespannen; ze heeft veel problemen om een scriptie af te krijgen en haar studie te voltooien.

Enkele maanden voor de ontknoping begint patiënt met een ander dieet: noten, fruit en rauwkost. Aanleiding daarvoor is de al langer bestaande migraine. De buikpijn neemt toe. De pijn zit nu in epigastrio. Patiënte gaat over op melk en beschuit. Een röntgenfoto van de maag levert geen afwijkingen op.

Na elke maaltijd heeft ze hevige pijn. Dat is een reden om een echo te laten maken van de bovenbuik en de galblaas. De diagnose is: geschrompelde galblaas en multipele galsteentjes.

Sinds de cholecystectomie, drie jaar geleden, heeft patiënt geen buikklachten meer. De Cara- en de migraineklachten zijn gebleven.

Patiënte 4

Patiënte (25 jaar) meldt zich nieuw in onze praktijk. De voorgeschiedenis vermeldt vele specialistische consulten, onder andere bij een internist vanwege buikklachten. De

internist heeft als diagnose IBS en mogelijk een pyelitis rechts gesteld.

In de volgende jaren bezoekt patiënt vele malen onze praktijk. De reden is altijd buikpijn, een opgeblazen gevoel en misselijkheid. De defecatie is wisselend, obstipatie en/of diarree. Ze heeft geen klachten over braken. Ze wordt opgenomen ter observatie vanwege hevige onderbuikklachten. Er wordt geen diagnose gesteld. Ook het jaar daarna houdt ze dezelfde typische 'IBS-symptomen'.

Na het eten van een ei volgt een hevige aanval van pijn in de bovenbuik. Dat is de reden om een röntgenfoto van de galblaas en een echo van de bovenbuik te laten maken. De diagnose is verdikte galblaaswand en poliepen. De galblaas zelf komt niet op met contrastvloeistof. Een internist herhaalt het onderzoek. Nu worden geen afwijkingen gezien aan de galblaas en ook geen stenen. Wel wordt reflux oesophagitis vastgesteld. Ook na opname ter observatie zijn bij patiënt geen afwijkingen geconstateerd. Waarschijnlijk worden de klachten toch veroorzaakt door het IBS.

Beschouwing

Bij drie van de vier vrouwen vormt de galsteenpathologie voldoende verklaring voor de klachten. Na operatieve verwijdering van de galblaas zijn de drie vrouwen al meer dan twee à drie jaar klachtenvrij. Bij de vierde patiënt kon de galblaaspathologie niet worden bevestigd.

Welke symptomen deden mij twijfelen aan de diagnose IBS? Bij patiënt 1 viel op dat de klachten direct na de maaltijd begonnen en soms gepaard gingen met braken. Bovendien was deze patiënt ervan overtuigd dat haar buikklachten een lichamelijke oorzaak hadden. Bij patiënt 2 was het urenlang overgeven na het eten van een taartje de aanleiding voor het galblaasonderzoek. Dit symptoom leek niet te passen bij een IBS. Bij patiënt 3 lokaliseerden de buikklachten zich steeds duidelijker uitsluitend in de bovenbuik/epigastrio. Bij patiënt 4 werd de diagnose IBS ter discussie gesteld na een hevige pijn in de rechterbovenbuik na het eten van een ei.

Bij deze vier patiënten is pas na vele jaren buikklachten een onderzoek verricht

naar galsteenpathologie. Opeenvolgende (huis)artsen hielden vast aan de diagnose IBS. De volgende punten kunnen dit verklaren:

- het ging hier om jonge – meestal magere – vrouwen; de incidentie van galsteen-aandoeningen is in deze groep erg laag;
- alle vier de vrouwen hadden in de perioden met buikklachten ook veel emotionele problemen; dat deze de buikklachten doen verergeren, is ook één van de kenmerken van het IBS;
- drie van de vier vrouwen hadden een duidelijk wisselend defecatiepatroon: af-

wisselend diarree en obstipatie; ook dit behoort tot de karakteristieke kenmerken van het IBS;

De voorgaande ziektegeschiedenissen laten zien dat ook bij jonge, magere vrouwen met buikpijnnaanvallen niet alleen gedacht moet worden aan IBS; er moet ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid van galblaaslijden, zeker als de pijnklachten in de (rechter) bovenbuik gelokaliseerd zijn. Dit is te meer van belang omdat galblaaslijden tot een andere en vaak succesvollere therapie leidt dan de diagnose IBS.

Literatuur

- ¹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ² Meyman FJ. De ziekte van Crohn. Huisarts Wet 1984; 27: 171-5.
- ³ Meijer JS. De diagnose Irritable Bowel Syndrome in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 274-8.
- ⁴ Meijer JS. Irritable Bowel Syndrome: het kernsyndroom. Huisarts Wet 1985; 28: 192-6.
- ⁵ Lamfers E. Ziekten van de galblaas en de galwegen. Huisarts Wet 1987; 30: 216-20. ■