

# Aambeien en het irritable bowel syndrome

J.J.M. MULLINK  
F.H. WULLINK

Van 173 personen die in 1988 voor de eerste maal het proctologisch spreekuur bezochten wegens aambeien, hadden 45 patiënten een roze en 119 een rode mucosa. Bij de eerste groep werden de inwendige hemorroïden behandeld met Barronligaturen of scleroserende injecties, totdat de klachten over en de hemorroïden verdwenen waren. De tweede groep werd eerst behandeld met een colonsparend dieet, magnesiumperoxide en vitamine-B-complex forte, en eventueel betaïne-pepsine. Pas nadat de darm roze was geworden, werd begonnen met de aambeibehandeling, totdat zowel de klachten als de hemorroïden verdwenen waren. Ook de IBS-klachten verdwenen bij dit regime. Negen patiënten verbeterden onvoldoende en beëindigden de behandeling na gemiddeld 20 maanden. De uitkomsten van dit onderzoek vormen een aanwijzing, dat bij een zieke darm, dus ook bij spastisch colon, een vezelverrijkt dieet gecontraïndiceerd is.

Mullink JJM, Wullink FH. Aambeien en het irritable bowel syndrome. *Huisarts Wet* 1992; 35(4): 142-5.

Dr. J.J.M. Mullink, Gezondheidsonderzoek TNO; Dr. F.H. Wullink, fleboloog/proctoloog.

Correspondentie: Dr. F.H. Wullink, Polikliniek voor Flebologie en Proctologie, Hoenweg 3, 7383 RZ Voorst.

## Inleiding

Patiënten met aambeien bezoeken de proctoloog om de volgende redenen: anaal bloedverlies, jeuk, obstipatie, globusgevoel en pijn. Bij anamnese blijken daarnaast vaak andere klachten van het onderlichaam te bestaan, die door de patiënt niet in verband worden gebracht met de aambeien. Dit soort klachten wordt in het algemeen samengevat in het begrip 'irritable bowel syndrome' (IBS). Het gaat om een symptomencomplex, dat bestaat uit in intensiteit en naar manifestatie wisselende darmklachten. Meestal is er een krampende buikpijn die van plaats kan wisselen, in combinatie met andere klachten als diarree, obstipatie, (continu of afwisselend), een opgeblazen gevoel na de maaltijden, borborygmi, flatulentie, ructus, misselijkheid, maagbranden, globusgevoel in de anus en slijmverlies. Voor deze klachten wordt bij klinisch onderzoek geen organische oorzaak gevonden. Naast de buikklachten zijn er vaak klachten over moeheid, angst, depressie, pijn onder in de rug, hartkloppingen, slapeloosheid en libidovermindering (tabel 1).

Bij proctoscopie kunnen deze patiënten worden ingedeeld in twee groepen: patiënten met een normaal, roze aspect van het rectumslijmvlies en patiënten met een rood gekleurd, min of meer geplooid en oedeemateus slijmvlies. In dit onderzoek werd nagegaan welke betekenis deze waarneming heeft voor de behandeling en de prognose van zowel de haemorroïden als IBS.

## Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op 173 patiënten – 75 vrouwen en 98 mannen – die in 1988 voor de eerste maal het proctologisch spreekuur bezochten met als klacht 'aambeien'. De door hen genoemde klachten waren vooral jeuk, pijn, bloedverlies en een gevoel van verzakking.

Tijdens het introductiegesprek werd gericht gevraagd naar het bestaan van een tiental verschijnselen (tabel 1). Verder werd gevraagd naar verschijnselen als madden, prolaps, noodzaak van acute repositie, defecatiefrequentie, vorm, kleur en

geur van de faeces, buikgrommen, continentie, maagbranden, moeheid, vieze smaak en het gebruik van laxeremiddelen, zepillen of zalf. De antwoorden op deze vragen waren inconsistent en vaak vaag, zodat zij verder niet zijn gebruikt.

Het klinisch onderzoek bestond uit rectoscopische beoordeling van de darm zonder vooraf te laxeren of te klysteren.

Bij alle patiënten werd bij het eerste consult – direct na het inbrengen van de proctoscoop – een snijbiopt genomen aan de dorsale zijde, op 10 centimeter afstand van de linea anocutanea. De weefsels werden gefixeerd in 4 procent formaline, ingesloten in paraffine en gesneden op een dikte van 5 micron. De gebruikte kleuring was hematoxiline-eosine. Alle preparaten werden blind beoordeeld. Veranderingen in de mucosa werden ingedeeld in: gering, matig en ernstig.

Bij alle patiënten werd het gebruik van laxeremiddelen direct gestaakt. Bij de patiënten met een roze mucosa werd meteen met een ligerende of scleroserende aambeibehandeling begonnen, eenmaal per drie à vier weken. De patiënten met een rode mucosa werden eerst behandeld met een proefondervindelijk samengesteld colitidiet volgens *Truelove*<sup>1</sup> (pag. 144), aangevuld met magnesiumperoxide en vitamine-B-complex forte. Magnesiumperoxide werd gekozen vanwege de spasmolytische en laxerende werking zonder bijwerkingen. Vitamine-B-complex forte is nodig om het vitamine B-deficiënte dieet te compenseren. Patiënten bij wie de desmoïd-test\* op maagzuur negatief was, kregen bij de maaltijden twee tabletten betaïne pepsine.

Het dieet werd gehouden tot het slijmvlies een normaal roze aspect vertoonde en oedeemvrij was. Deze benadering stoelt op de veronderstelling, dat een rode en oedeemateuze mucosa ontstoken is en eerst dient

\* Bij de desmoïd-test van de firma Pohl laat men de patiënt een klein cofferdam zakje gevuld met methyleenblauw, dat goed is afgesloten met catgut, in zijn geheel inslikken. Het zakje gaat alleen open als het catgut door de aanwezigheid van voldoende zoutzuur en pepsines wordt verteerd. In dat geval wordt de urine donkerblauw gekleurd, meestal reeds na 4 à 5 uur. Bij anaciditeit wordt het catgut niet verteerd en kleurt de urine niet blauw.

te genezen, alvorens de hemorroïden kunnen worden behandeld met scleroserende injecties. Deze therapie berust immers op het induceren van een ontsteking, wat in een reeds ontstoken gebied tot onvoorspelbare complicaties kan leiden. Ook lukt het plaatsen van Barron-ligaturen bij een ontstoken mucosa slecht; de omvatte aambeimassa is relatief klein en de ligaturen glijden dan makkelijk af. Onaangenaam voor de patiënt is ook nog dat het reeds aanwezige globusgevoel door de ligaturen onnodig versterkt wordt.

Als de darmmucosa twee maanden lang roze was gebleven, werd het dieet stap voor stap uitgebreid tot normale kost. Bleek een patiënt een voedingsmiddel of additief niet te verdragen – blijktend uit het opnieuw optreden van klachten of van een rode mucosa – dan werd dit uit het dieet geëlimineerd.

Na het verdwijnen van de klachten werd bij deze patiënten een tweede biopsie genomen.

## Resultaten

### Anamnese en anaal onderzoek

Bij 45 patiënten was het slijmvlies bleekroze, zoals de wang- en de schedemucosa, terwijl de mucosa weinig of geen plooiën vertoonde. Verder was er een dunne laag slijm, met een typische frisse geur. De rectumampul was meestal leeg.

De overige 128 patiënten vertoonden een rode tot diep rode, min of meer geplooid en oedemateuze mucosa, met meer, vaak gelig slijm met een kwalijke geur. Meestal was de ampul gevuld met faeces, dikwijls met een rottingsgeur. De roodheid van de mucosa wordt in wisselende mate teweeggebracht door gestuwde venolen en vele duidelijk zichtbare helrode capillairen.

Van de patiënten met een roze darm had 7 procent al elders hulp gezocht; van degenen met een rode darm was dit 50 procent. De periode waarin de klachten hadden bestaan, duurde bij de groep met een roze mucosa gemiddeld 99 maanden en bij de groep met de rode mucosa gemiddeld 135 maanden.

De patiënten met een rode mucosa hadden zonder uitzondering klachten die we-

zen op IBS; de patiënten met een roze darm hadden geen IBS.

Sommige klachten kwamen in de ene groep veel vaker voor dan in de andere; dat geldt met name voor een intra-anaal globusgevoel en buikpijn (tabel 1). Bij het eerste anale onderzoek was het grootste verschil tussen beide groepen de vulling van de rectumampul (tabel 2). Mirabile dictu vonden wij in de groep met een roze mucosa meer fistels en éénmaal een poliep van het rectum. Drie rectumpoliepen werden gevonden in de groep met een rode mucosa. In geen van deze gevallen werd histologisch een maligniteit gezien.

### Histologie

De gevonden veranderingen waren: bloedingen, doorbloeding, oedeem, celrijkdom met onderscheid voor eosinofiele leukocyten en macrofagen, onregelmatigheden in

klier- en oppervlakte-epitheel en toename van bindweefsel. Er werd geen verband gevonden tussen de aard en kwantiteit van de veranderingen en de twee onderscheiden groepen. Deze uitkomst wordt nog versterkt door de waarneming dat ook tussen verschillende coupes van hetzelfde biopsie soms grote verschillen bestonden. Opvallend was verder dat zeer vaak oedeem werd gezien, ook in de roze mucosa waar dit klinisch niet was waargenomen.

### Behandeling

De 45 patiënten met een roze mucosa hadden na gemiddeld 5 maanden geen klachten meer; 28 patiënten bleken bij proctoscopie na 8 maanden vrij van aambeien; de 17 anderen kwamen – door afwezigheid van klachten, tijdgebrek of gebrek aan interesse – niet meer iedere drie weken voor behandeling, waardoor de therapie langer duurde.

Bij 119 van de 128 patiënten met een rode mucosa ontstond na gemiddeld vier maanden een roze, oedeemvrije mucosa met een normaal slijmbeslag en was de rectumampul bij observatie leeg. Met het roze worden van de mucosa raakte men gaandeweg de bij IBS passende klachten kwijt, en ook de neerslachtige indruk die velen bij het eerste consult maakten, verdween. Nogal wat patiënten vertelden ongevraagd dat zij niet meer zo moe waren, beter sliepen en weer belangstelling voor sociale contacten hadden. De andere 9 patiënten hadden na gemiddeld 20 maanden nog steeds een rode mucosa en staakten uiteindelijk de behandeling.

In totaal 100 van de subgroep van 119 patiënten waren na gemiddeld 9 maanden vrij van buik- en aambeiklachten; na 18 maanden waren zij ook objectief genezen. De overige 19 patiënten waren na 18 maanden alleen nog voor hemorroïden in behandeling.

### Beschouwing

Bij een patiënt met klachten over aambeien is het beoordelen van het rectumslijmvlies van groot belang. In dit onderzoek bleken de klachten bij de groep met een rode mucosa gedeeltelijk te worden veroorzaakt door een IBS. Dit dient eerst te genezen,

**Tabel 1** Klachten bij beide slijmvliesbeelden. Afgeronde percentages.

Klacht	Roze n=45	Rood =128
Buikpijn	9	31
Anuspijn	44	52
Anus-bevuiling	48	53
Bloedverlies	68	70
Flatus	55	63
Jeuk	40	55
Natte winden	20	30
Rugpijn	33	49
Anaal globusgevoel	31	58
Slijmverlies	18	30

**Tabel 2** Bevindingen anaal onderzoek voor beide slijmvliesbeelden. Afgeronde percentages.

Klacht	Roze n=45	Rood =128
Faeces in rectumampul	7	60
Perianale littekens	–	2
Bloed	2	5
Fistels	13	5
Fissuur	7	10
Papilhypertrofie	4	11
Thrombus	2	5
Slijm	22	56
Mariske	47	50
Anusprolaps	27	28
Erosies	9	15
Perianaal eczeem	–	2

voordat met de behandeling van de aambeien kan worden begonnen. Uit het feit dat 119 van de 128 patiënten met IBS na vier maanden klachtenvrij waren, blijkt het succes van een lang volgehouden extreem vezelarm, darmsparend colitisdieet.

Opeengebleven is de vraag waarom in negen gevallen wél klachten en een ontstoken mucosa bleven bestaan. Een mogelijkheid is dat er in het dieet toch nog voor de betreffende patiënten prikkelende of toxische stoffen zaten. Men zou dit nader kunnen onderzoeken door deze patiënten een aantal dagen alleen water te geven. Dat is in deze studie niet gebeurd.

Het effect van het dieet kan worden beoordeeld aan het aspect van de anale mucosa. De kleur van het slijmvlies kan goed worden bekeken met een open proctoscoop met een diameter van 25 mm. Voorwaarde is dat de patiënt niet wordt gelaxeerd en dat steeds dezelfde lichtbron wordt gebruikt. Wanneer vooraf wordt gepurgeerd, wordt de darm intensief rood gekleurd, terwijl bovendien oedeem en een grotere slijmproductie worden veroorzaakt; hierdoor kan geen onderscheid meer worden gemaakt tussen een roze en een rode mucosa. Door de afwezigheid van faeces weet men dan ook niet of er een ontledingsstoornis bestaat.

Mogelijk kan IBS ontstaan, doordat een darmontsteking niet met passende dieetmaatregelen wordt bestreden, maar veelal met antidiarroïca. Eventuele toxische producten die het lichaam zo snel mogelijk zouden moeten verlaten, zouden zich daarvoor aan het zenuwweefsel kunnen hechten en zo een functiestoornis kunnen veroorzaken, zoals door *Riemann & Schmidt* voor laxantia is aangetoond.<sup>2</sup>

Ook antibiotica zouden een rol kunnen spelen: mogelijk komen bij een darminfectie die met antibiotica wordt behandeld, acuut zoveel toxinen vrij, dat deze niet alle door het reticulo-histiocytair systeem kunnen worden gebonden. Het gevolg daarvan zou kunnen zijn dat de toxinen zich binden aan weefsels, bijvoorbeeld aan de zenuwcellen van de darm, waar zij anders geen binding aan zouden krijgen. Het resultaat zou dan een chronische functiestoornis van de darm kunnen zijn. Mogelijk was bij onze 9 patiënten die niet genazen,

<b>Darmsparend dieet</b>		
MAALTIJD	Toegestaan	Niet toegestaan
<b>BROOD</b>	oud wit brood (niet verpakt), beschuit, crackers, toast.	vers brood, krenten- of roggebrood, bruin brood, liga, varopa, knäckebröd.
<b>BELEG</b>	margarine of boter, gewone kaas (als het verdragen wordt), eiwit, niet gekruide vleeswaren, jam, gekleurde hagelag, honing.	becel, dieet margarine, crock vital, kruidkaas, roomkaas, eigeel, haring, makreel, paling, worst, corned beef, ontbijtkoek, pindakaas, gestampde muisjes.
<b>WARM soep</b>	mager (niet uit pakjes of blikjes) wel bouillonblokjes.	
<b>vis, vlees</b>	gekookte vis, gestoofd vlees of gevogelte in margarine of boter.	gebakken vis, aal, gebraden vlees of gevogelte.
<b>GROENTEN</b>	gedroogde appeltjes, andijvie, asperges, aubergine, bieten, champignons, gestoofde komkommer, lof, gezeefde peulvruchten, postelijn, raapstelen, stoofsla, worteltjes, stoofterpen.	rauwe groenten, fruit, appelmoes (wel als U 't zelf maakt zonder suiker), bloemkool, koolsoorten, prei, schorseneren, knolselderij, snijbonen, sperziebonen, spinazie, spruitjes, uien, zuurkool.
<b>KRUIDEN</b>	azijn, citroensap, gekookte selderij, peterselie, tomatenpuree.	augurken, knoflook, nootmuskaat en andere kruiden zoals thijm, salie enz.
<b>I.P.V. AARD-APPELEN</b>	macaroni, mie, rijst, spaghetti, vermicelli.	aardappelen, puree, nasi goreng.
<b>TOETJES</b>	fruit uit blik, gekookt of uitgeperst fruit, gezeefde tutti frutti, beschuit of crackers met kaas. Yoghurt als het verdragen wordt.	rabarber, melkspijzen, puddingpoeder.
<b>DRANK</b>	yoghurt (in dezelfde hoeveelheid als anders melk gedronken wordt), thee, coffeïne vrije koffie (koffie Hag) iets melkpoeder mag, eikelcacao, limonade, greenspot, vruchtensap, bouillon.	alcohol, koffie, cacao, <b>geen druppel melk</b> , koffiemelk, room, slagroom, taptmelk, kwark, sodawater, tonic, priklimonade, karnemelk (karnemelk mag wel maar dan rechtstreeks van de boer).
<b>SNOEP</b>	<b>Matig met suiker!!!!</b> vruchtenkoekjes, gomballen, pepermunt, drop, koekjes zonder melk: knappertjes, nizza, boterkoek, lange vingers, eigen gebakken cake alleen eiwit, geen eigeel!	roomborstplaat, marsepein, toffees, chocolade, pinda's, noten.
<b>TIPS</b>	over rijst of macaroni: ragout van boter of margarine, bloem en bouillon met erin: garnalen, ham, geraspte kaas, tomatenpuree, gestoofd vlees, gehakt, lever, nier, kip of champignons, gekookte vis.	

#### Enkele recepten:

- Dieeterwtensoepp** : spliterwtten, vlees met bouillon, selderij, peterselie, wortelen. Als gewone erwtensoep. In plaats van worst, stukjes ham.
- Witte bonensoepp** : gepelde witte bonen, vlees met bouillon, tomatenpuree. Binden en eten met geraspte kaas en geroosterd brood.
- Bruine bonensoepp** : gepelde bruine bonen, vlees met bouillon met selderij, peterselie. Als erwtensoep of maizena binden. Eten met geraspte kaas en geroosterd brood.

de tijd te kort om de toxische stoffen te verwijderen; *Riemann & Schmidt* noemen een periode van drie jaar die daar in enkele gevallen voor nodig zou zijn.<sup>2</sup>

Het feit dat de meeste mensen met een rode darmmucosa hun klachten verloren bij een extreem vezelarm colitisdieet, terwijl zich een normaal defecatiepatroon ont-

wikkelde – ook als het dieet werd uitgebreid tot normale kost en de toediening van magnesiumperoxide werd gestaakt – duidt eerder op een vorm van intoxicatie dan op een tekort aan vezels in de voeding. Daar komt nog bij dat de meeste patiënten al eerder zonder resultaat een vezelrijk dieet hadden ‘genoten’.

Ook Tytgat oordeelde recentelijk dat de 'zamelrage op zijn retour is', 'dat er weinig solide gegevens over vezels beschikbaar gekomen zijn', en dat 'een sluitende bewijsvoering van het nut van vezeltherapie niet geleverd is'.<sup>3</sup> De normale voeding is voldoende vezelrijk om bij een gezonde darm een goede defecatiereflex te waarborgen. Bij een zieke darm, dus ook bij spastisch colon, is een vezelrijk dieet dan ook *gecontraïndiceerd*.

#### Literatuur

<sup>1</sup> Truelove SC. Trial of various diets. *Br Med J* 1961; i: 154.

<sup>2</sup> Riemann FJ, Schmidt H. Diagnose, Klinik und Theorie des Abführmittelkolons. *Coloproktologie* 1980; 2: 348-53.

<sup>3</sup> Tytgat GNJ. De rol van voedingsvezel in de gastro-enterologie: 'fact' of 'fancy'? *Ned Tijdschr Geneesk*, 1989; 133: 1926-9. ■

#### Abstract

**Mullink JJM, Wullink FH. Haemorrhoids and the irritable bowel syndrome. *Huisarts Wet* 1992; 35(4): 142-5.**

Of the 173 patients who attended the proctological consultation hour in 1988 for the first time, 45 had a pink and 119 a red mucosa. Barron ligatures or sclerosing injections were used to treat the former group until complaints and

haemorrhoids had disappeared. The latter group was first treated with a colon-protecting diet, magnesium peroxide and vitamin-B-complex forte, and in some cases betain-pepsin. Treatment of haemorrhoids was started only after the intestine had changed to a pink colour and was continued until disappearance of complaints and haemorrhoids. The irritable bowel syndrome also disappeared during this treatment. Nine patients did not show sufficient improvement and stopped treatment after an average of 20 months. The result of this study indicates that a diet rich in fibre is *contraïndiceerd* for intestinal disorders, including a spastic colon.

**Keywords** Colonic diseases, functional; Dietary fiber; Diet therapy; Haemorrhoids.

**Correspondance** Dr. F.H. Wullink, 3, Hoeweg, 7383 RZ Voorst, The Netherlands.

#### Abstract

**Saris WHM, Pannemans DLE, Muris JWM. A joint approach by general practitioner and dietician to treating overweight. *Huisarts Wet* 1992; 45(4): 137-41.**

Obesity (QI=27-35) was treated in 108 patients in an intervention study. The program lasted 12 weeks and consisted of modified fasting for 4 weeks, sport (walking, cycling, running) and intensive guidance by general practitioner and dietician. A total of 94 patients completed the program; their average weight loss after 5 and 12

weeks amounted to 8.12 and 10.6 kg, respectively. In the beginning, 46% of patients spent less than 30 minutes each week in the practice of sport; after twelve weeks this percentage had gone down to 8%. Participation in, and intensity of, the exercise program was not related to changes of weight during the program, but was related to the weight loss after 24 weeks. There were 31 patients with hypertension; their systolic blood pressure went down by 14.1 mm Hg and diastolic blood pressure by 12.4 mm Hg. Half of these patients could reduce or withdraw from the

use of antihypertensive drugs. One year after starting therapy, 79 patients showed a weight loss of 7 percent of the initial weight. Those remaining active (15 percent) showed a weight loss of 12 percent.

**Keywords** Diet, reducing; Family practice; Obesity; Weight loss.

**Correspondence** Prof. dr. W.H.M. Saris, Department of Human Biology, University of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.